



Wenn Mama plötzlich krank ist

Wie Pflegefachpersonen Kinder mit einem an Krebs erkrankten Elternteil unterstützen können

Bär Cynthia Anastasia
S14702336

Comuzzo Melina
S15558224

Departement Gesundheit
Institut für Pflege

Studienjahr: PF15

Eingereicht am: 4. Mai 2018

Begleitende Lehrperson: Brigitte Fuchs-Eschmann

**Bachelorarbeit
Pflege**

Inhalt

Abstract

| | |
|--|-----------|
| 1 Einleitung | 1 |
| 2 Theoretischer Hintergrund | 3 |
| 2.1 Onkologie..... | 3 |
| 2.2 Familienzentrierte Pflege | 3 |
| 2.2.1 Calgary-Familien-Assessment-Modell | 4 |
| 2.2.2 Calgary-Familien-Interventions-Modell | 5 |
| 2.3 Evidence-Based Healthcare-Modell | 6 |
| 2.4 Bedürfnisse und Erleben | 6 |
| 3 Methode, Vorgehen | 7 |
| 4 Ergebnisse | 12 |
| 4.1 Erleben | 16 |
| 4.2 Bedürfnis | 18 |
| 4.3 Interventionen..... | 20 |
| 5 Diskussion | 23 |
| 5.1 Kritische Würdigung der Literatur | 23 |
| Children's Experiences of Participation in a Family Support Program When Their Parent Has Incurable Cancer (Bugge, Helseth & Darbyshire, 2008) | 23 |
| How do young people find out about their parent's cancer diagnosis: A phenomenological study (Finch & Gibson, 2009) | 24 |
| Information needs of adolescents when a mother is diagnosed with breast cancer (Fitch & Abramson, 2007)..... | 26 |
| Protecting – A Grounded Theory Study of Younger Children's Experiences of Coping With Maternal Cancer (Furlong, 2017) | 27 |
| Information and communication when a parent has advanced cancer (Kennedy & Lloyd-Williams, 2009) | 28 |
| Coping, Social Relations, and Communication: A Qualitative Exploratory Study of Children of Parents with Cancer (Thastum, Birkelund Johansen, Gubba, Berg Olesen & Romer, 2008) | 30 |
| Children's Perceived Social Support After a Parent Is Diagnosed with Cancer (Wong, Ratner, Gladstone, Davtyan & Koopman, 2010) | 31 |

| | |
|--|----|
| The Child's Worries About the Mother's Breast Cancer: Sources of Distress in School-Age Children (Zahlis, 2001) | 32 |
| 5.2 Diskussion der Inhalte | 34 |
| 5.2.1 Erleben der Kinder | 34 |
| 5.2.2 Bedürfnisse der Kinder | 38 |
| 5.2.3 Interventionen | 40 |
| 5.3 Limitationen der Arbeit | 43 |
| 6 Praxistransfer | 45 |
| 6.1 Theorie-Praxis-Transfer | 45 |
| 6.2 Beantwortung der Fragestellung | 46 |
| 6.3 Schlussfolgerung und Ausblick..... | 47 |
| Literaturverzeichnis | 48 |
| Abbildungsverzeichnis | 53 |
| Tabellenverzeichnis | 53 |
| Danksagung | 55 |
| Eigenständigkeitserklärung | 56 |
| Anhang | 57 |
| Anhang A – Studiendarstellungen | 57 |
| Anhang B – Suchprotokoll | 95 |

Abstract

Hintergrund

Erkranken Eltern an Krebs, so sind auch Kinder von den Auswirkungen dieser Krankheit betroffen. Pflegefachpersonen sind im Umgang mit Kindern krebskranker Eltern häufig verunsichert, obwohl sie in der Unterstützung der Familie eine zentrale Rolle spielen.

Ziel

Die vorliegende Arbeit hat zum Ziel, das Erleben und die Bedürfnisse von Kindern mit einem an Krebs erkrankten Elternteil zu erkennen und daraus mögliche Interventionen für Pflegefachpersonen abzuleiten.

Methode

Es wurden eine systematische Literaturrecherche in für die Pflege relevanten Datenbanken sowie eine unsystematische Recherche mit dem Schneeballsystem durchgeführt. Es konnten 8 relevante Studien gefunden werden. Diese wurden gelesen, zusammengefasst und kritisch gewürdigt. Modelle der Familienzentrierten Pflege sowie das Evidence-Based Healthcare-Modell wurden miteinbezogen.

Ergebnisse

Das Erleben kann in die Kategorien *Angst*, *Emotionen*, *Kommunikation* und *Wissen* sowie *Alltag* erfasst werden. Sowohl die Bedürfnisse als auch die Interventionen finden in den Bereichen *Kommunikation*, *Information*, *Coping* und dem *Alltag* Platz.

Schlussfolgerung

Kinder müssen in ihrer Individualität angesehen und berücksichtigt werden. Daher ist es für Pflegefachpersonen essenziell, sich dessen bewusst zu sein und mögliche Bedürfnisse zu kennen. Forschung benötigt es vor allem anhand von Daten, welche direkt von betroffenen Kindern kommen.

Keywords

child, parent, cancer, support, experience, assistance, needs, nurse

1 Einleitung

Krebs gehört zu den häufigsten Erkrankungen weltweit. 2012 erhielten etwa 14 Millionen Menschen neu die Diagnose Krebs (Weltgesundheitsorganisation, 2017). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) geht davon aus, dass die Zahl der Neuerkrankungen in den kommenden zwei Jahrzehnten um 70% steigen wird (WHO, 2017).

In Europa ist Krebs mit etwa 3,7 Millionen Neuerkrankungen und 1,9 Millionen Todesfällen jährlich die zweithäufigste Diagnose (WHO, 2017). Laut dem Bundesamt für Statistik (BFS) erkranken in der Schweiz 4 von 10 Menschen im Laufe ihres Lebens an Krebs (BFS, 2017). Im stationären Berufsalltag haben Pflegefachpersonen häufig mit Patientinnen und Patienten mit einer onkologischen Grunderkrankung zu tun. Neben den Partnerinnen und den Partnern sind auch die Kinder von den Auswirkungen einer Krebserkrankung betroffen (Krebsliga Schweiz, 2013). Krebs stellt die Welt einer ganzen Familie auf den Kopf. Kinder spüren diese Veränderung besonders: Der Alltag muss umorganisiert werden, bisherige Rollenverteilungen werden verändert und die Kinder werden mit unterschiedlichen Emotionen wie Schuldgefühlen, Angst oder Wut konfrontiert (Krebsliga Schweiz, 2013). Pflegefachpersonen fühlen sich oft unsicher im Umgang und in der Unterstützung solcher Kinder (Arber, 2016). Das Thema „Eltern mit einem krebserkrankten Kind“ wurde in der Forschung bereits unzählige Male untersucht. Literatur zu „Kindern mit einem an Krebs erkrankten Elternteil“ ist hingegen unterrepräsentiert. Wong, Cavanaugh, Macleamy, Sojourner-Nelson und Koopman (2009) konnten zeigen, dass knapp die Hälfte ihrer Teilnehmenden, die in ihrer Kindheit die Krebserkrankung eines Elternteils miterleben mussten, posttraumatische Schwierigkeiten hatten. Sowohl in deren Entwicklung als auch in Bezug auf die Lebenseinstellung und das Gesundheitsbewusstsein waren die Befragten von der Krebserkrankung geprägt. Strategien, um solche posttraumatischen Entwicklungsstörungen vermeiden zu können, sind deshalb notwendig. Dabei ist die Rolle der Pflegefachpersonen in der Implementierung solcher Strategien zentral, da sie die meiste Zeit mit den Patientinnen und Patienten verbringen. Ausserdem bauen Pflegefachpersonen sowohl zur Patientin oder zum Patienten als auch zur Familie eine Beziehung auf. Laut Grant und Ferrell (2012) müssen Kinder auf psychologischer, physischer, aber auch sozialer und emotionaler Ebene auf die Krebserkrankung ihres Elternteils und den damit verbundenen Veränderungen vorbereitet werden. Diese Rolle der

Beraterin oder des Beraters soll von Pflegefachpersonen übernommen werden. Aus dem eben beschriebenen Hintergrund ergibt sich für die vorliegende Arbeit folgende Fragestellung:

“Wie erleben Kinder im Schulalter die Krebserkrankung eines Elternteils, welche Bedürfnisse haben sie und in welcher Form können Pflegefachpersonen Unterstützung bieten?”

Ziel ist das Aufzeigen der Erfahrungen und Bedürfnisse jener Kinder, welche die Krebserkrankung eines Elternteils erleben. Damit soll Pflegefachpersonen einen Einblick in die mögliche Gefühlswelt dieser Kinder gegeben werden. Daraus resultieren Interventionen, welche Pflegefachpersonen in der Praxis umsetzen können. In bisherigen Studien wurden oft die Eltern befragt, wie sie das Erleben ihrer Kinder einschätzen, ohne die Kinder selber miteinzubeziehen. Daher sollen hier nur die Kinder von ihrem eigenen Standpunkt aus thematisiert werden. Die vorliegende Arbeit hat zum Ziel, danach zu fragen, was Kinder mit einem an Krebs erkrankten Elternteil erleben, welche Bedürfnisse vorhanden sind und welche Unterstützung sie sich von Fachpersonen wünschen.

2 Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Begriffe für die Literaturlarbeit definiert.

2.1 Onkologie

Das Phänomen der onkologischen Erkrankung, auch Krebs genannt, wird von Aigner, Aigner, Allen-Mersh, Hortobagyi, Khayat, Picksley, Stephens, Sugarbaker, Taguchi und Thompson (2016) als fehlgeleitete Zellteilung bezeichnet. Jede Zelle im menschlichen Körper ist darauf programmiert, sich in bestimmten Abständen zu teilen. Wenn diese Abstände nicht mehr eingehalten werden und es zu einer unkontrollierten Neubildung von Zellen kommt, spricht man von einem Malignom. Dies ist der Grundbegriff, den alle onkologischen Erkrankungen gemeinsam haben. Krebs ist folglich eine nicht erwünschte Neubildung von Gewebe. Der Begriff "Krebs" stammt aus der Antike, wo angenommen wurde, dass eine progrediente Krebserkrankung mit einem krebsartigen Tier zu vergleichen sei, welche das umliegende Gewebe schädigt (Aigner et al., 2016). Rund 40% der Menschen werden in ihrem Leben mit einer onkologischen Diagnose konfrontiert. Krebs ist die häufigste vorzeitige Todesursache und rund 8% der Betroffenen müssen aufgrund ihrer Krankheit hospitalisiert werden (BFS, 2015).

2.2 Familienzentrierte Pflege

Wright und Leahey (2014) haben für die Familienpflege 2 Konzepte entwickelt, welche in der vorliegenden Arbeit berücksichtigt werden. Ein zentraler Aspekt der Familienzentrierten Pflege ist, dass die Familie als System beziehungsweise als Einheit gesehen wird. Dabei entscheidet die Patientin oder der Patient selber, wer zur Familie gehört (Wright & Leahey, 2014). Pflegefachpersonen sollten dabei beachten, keine Partei zu ergreifen, da sich die restlichen Familienmitglieder ausgeschlossen fühlen könnten. Des Weiteren sollten Pflegefachpersonen Ratschläge oder Informationen erst nach erfolgtem Assessment einbringen, da diese dann individuell an die Bedürfnisse der Familie angepasst werden können. Das Calgary-Familien-Assessment-Modell (CFAM) und das Calgary-Familien-Interventionsmodell (CFIM) werden Stützen in der Diskussion sein.

2.2.1 Calgary-Familien-Assessment-Modell

Das CFAM nach Wright und Leahey (2014) besteht aus den 3 Hauptkategorien Struktur, Entwicklung und Funktion, von denen jede in Unterkategorien unterteilt ist. Damit kann die Pflegefachperson die Familie aus verschiedenen Perspektiven darstellen. Abbildung 1 zeigt die verschiedenen Kategorien. Das CFAM kann aus vielen Gründen angezeigt sein: Wenn zum Beispiel eine Familie eine emotionale, physische oder mentale Belastung erlebt, die eine familiäre Krise (beispielsweise die Krebserkrankung eines Elternteils) auslöst.



Abbildung 1: Kategorien

Eine Hilfe zum ganzheitlichen Assessment kann das Genogramm, die graphische Darstellung der Familie, sein. Darin werden die Familienmitglieder und deren Verhältnisse untereinander schematisch mit verschiedenen Symbolen aufgezeichnet. Des Weiteren kann eine solche Darstellung Aufschluss über die vorhandenen Ressourcen einer Familie

geben. Abbildung 2 zeigt mögliche Darstellungen beziehungsweise Verbindungsmöglichkeiten in einem Genogramm.

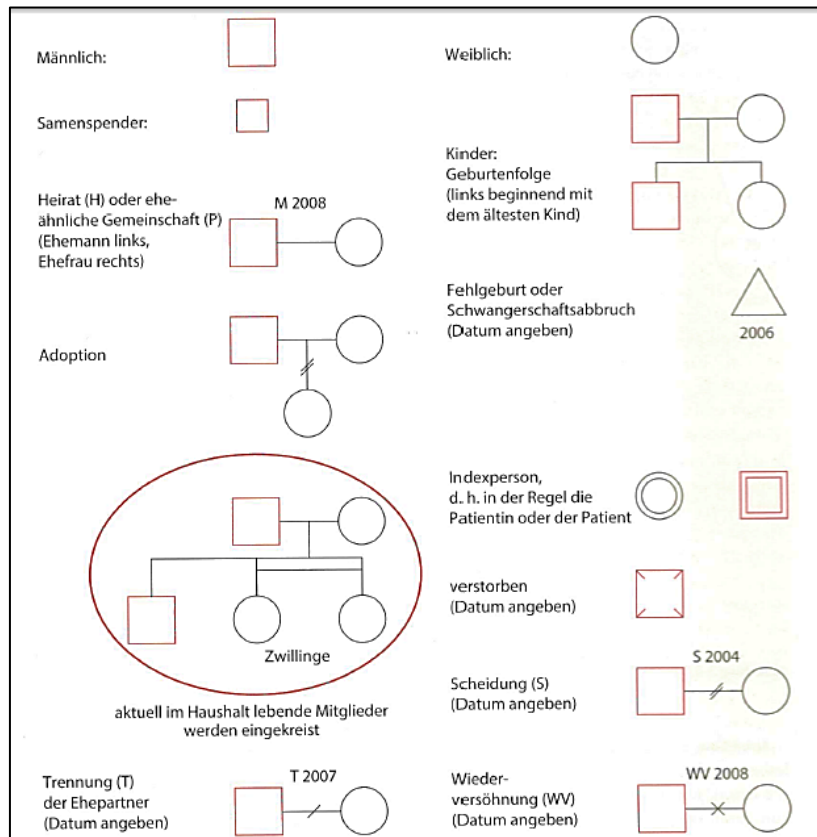


Abbildung 2: Genogramm

Ausserdem könnte diese Darstellung nach Wright und Leahey (2014) mit Ressourcen wie Freunden, Lehrpersonen oder anderen Bezugspersonen sowie Institutionen ergänzt werden.

2.2.2 Calgary-Familien-Interventions-Modell

Zeigt sich nach erfolgtem Familien-Assessment, dass Interventionsbedarf besteht, muss ein Interventionsplan erstellt werden. Das CFIM gibt für dieses Problem die nötige Struktur. Es beinhaltet beispielsweise verschiedene Fragetechniken, wie lineare oder zirkuläre Fragen, welche die Familienmitglieder zum Nachdenken anregen sollen. Dabei erhält die Pflegefachperson Informationen und kann Veränderungen in der Familie herbeiführen. Beispiele können sein "Wann haben Sie bemerkt, dass Ihre Tochter sich häufiger

zurückzieht?“ beziehungsweise “Was glauben Sie, was Ihre Tochter veranlasst hat, sich häufiger zurückzuziehen?”. Im Gegensatz zu den meisten anderen Pflegeinterventionen sind jene des CFIM kommunikationsbasiert. Die Pflegefachperson versucht im Gespräch die Familie kognitiv, affektiv und verhaltensbezogen zu verändern (Wright & Leahey, 2014).

2.3 Evidence-Based Healthcare-Modell

Evidenzbasiertes Handeln in der Pflegepraxis wird von Behrens und Langer (2010) in einem Modell beschrieben, welches sich aus 4 Komponenten zusammensetzt:

- Expertise der Pflegefachpersonen
- Ergebnisse der Pflegeforschung
- Anreize, Umgebungsbedingungen
- Ziele, Vorstellungen und Handlungen des Klienten

Evidenzbasiert gehandelt wird also, wenn das Wissen von Pflegefachpersonen zusammen mit dem aktuellen Forschungsstand unter der Berücksichtigung von Ressourcen auf die Wünsche von Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen angewendet wird.

2.4 Bedürfnisse und Erleben

Ein Bedürfnis wird laut Duden (2018) als „Der Wunsch oder das Verlangen nach etwas, das Gefühl jemandes oder einer Sache zu bedürfen oder jemanden beziehungsweise etwas nötig zu haben“ definiert.

Goller (2009) beschreibt Erleben als „alle inneren Prozesse und Zustände, die nur der Selbstbeobachtung unmittelbar zugänglich sind“. Der Schwerpunkt wird auf die subjektive Qualität des Erlebens gelegt.

3 Methode, Vorgehen

Zur Bearbeitung der Fragestellung wird eine systematische Literaturrecherche in den für die Pflege relevanten Datenbanken CINAHL, MEDLINE, PsychInfo und PubMed durchgeführt. In Tabelle 1 werden die in den Datenbanken verwendeten Keywords dargestellt:

Tabelle 1

Keywords für die Literaturrecherche

| | Schlüsselwörter | Keywords | Synonyme |
|-------------------|------------------------|-----------------|-----------------------------|
| Population | Kind, | child | adolescent, young adult, |
| | Jugendliche(r) | | teenager |
| | Eltern | parent* | father, mother |
| Phänomen | Krebs | cancer | carcinoma, oncology, tumour |
| | Unterstützung | support | help, encouragement |
| | Erleben | experience* | undergo something |
| | Beistand | assistance | - |
| Weitere | Bedürfnis(se) | need* | want*, care |
| | Pflege | nurse | care, caregiver |

Aus Verständnisgründen wird nach englisch- und deutschsprachigen Studien gesucht. Diese sollen im Zeitraum von 2007 bis 2017 veröffentlicht worden sein, um Aktualität zu gewährleisten. Den Autorinnen fiel während der Recherche auf, dass zur Thematik wenig Literatur vorhanden ist. Deshalb wurden auch Studien ab dem Jahr 2000 eingeschlossen. Eine weitere Limitation soll das Vorhandensein eines Abstracts zur Erstbeurteilung sein. Ausserdem wird nach Clinical Trials gesucht, um Reviews auszuschliessen. Die Keywords werden mit den Bool'schen Operatoren NOT, AND und OR sowie mit Trunkierungen (*)

eingesetzt. Nach dem Durchlesen der Titel und der Abstracts wurden mögliche Studien ausgewählt. Die Ein- und Ausschlusskriterien zur Auswahl der Studien sind, dass es in der Studie um krebskranke Eltern geht, deren Kinder noch zur Schule gehen oder im Teenageralter sind. Folglich wurden diejenigen Studien ausgeschlossen, die Krebs bei Kindern untersuchten und deren Teilnehmerinnen und Teilnehmer älter als 20 Jahre waren. Des Weiteren wurden jene Studien ausgeschlossen, die das Erleben und die Bedürfnisse von Eltern oder Geschwistern untersuchten. Ob der erkrankte Elternteil in der Zwischenzeit verstorben ist oder nicht konnte aufgrund der knapp vorhandenen Literatur nicht berücksichtigt werden. Des Weiteren sollen die Studien die Themen „Erleben“ und „Bedürfnisse“ untersuchen sowie geeignete Interventionen vorschlagen. Ausserdem sollte eine Relevanz für die Pflege ersichtlich sein. In Tabelle 2 werden die Ein- und Ausschlusskriterien für die Literatursuche dargestellt. Neben der Literaturrecherche wurde das Schneeballsystem zum Finden von geeigneten Studien genutzt. Dazu wurden Literaturhinweise sowie –verzeichnisse aus Forschungsarbeiten oder Fachartikeln durchgelesen. Abbildung 3 stellt die Literaturrecherche schematisch dar. Das vollständige Suchprotokoll befindet sich im Anhang dieser Arbeit. Weitere Quellen wie die Krebsliga Schweiz, das Unterstützungsprogramm für betroffene Familien im Internet (Famoca) und das Fachbuch zur Familienzentrierten Pflege von Wright und Leahey (2014) wurden beigezogen. Für den theoretischen Hintergrund werden auch Papers oder Reviews berücksichtigt.

Tabelle 2

Ein- und Ausschlusskriterien Literaturrecherche

| Einschlusskriterien | Ausschlusskriterien |
|--|--|
| Eltern | Kinder, Verwandte |
| Krebs | Andere chronische Erkrankungen jeglicher Art |
| Kinder im Schulalter von 6 bis 20 Jahren | Kinder von 0 bis 6 Jahren, Erwachsene ab 20 Jahren |
| Publikationen zwischen 2000 und 2017 | Publikationen vor 2000 |
| Pflegefachpersonen | Ärzte, Physio-, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Hebammen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter |

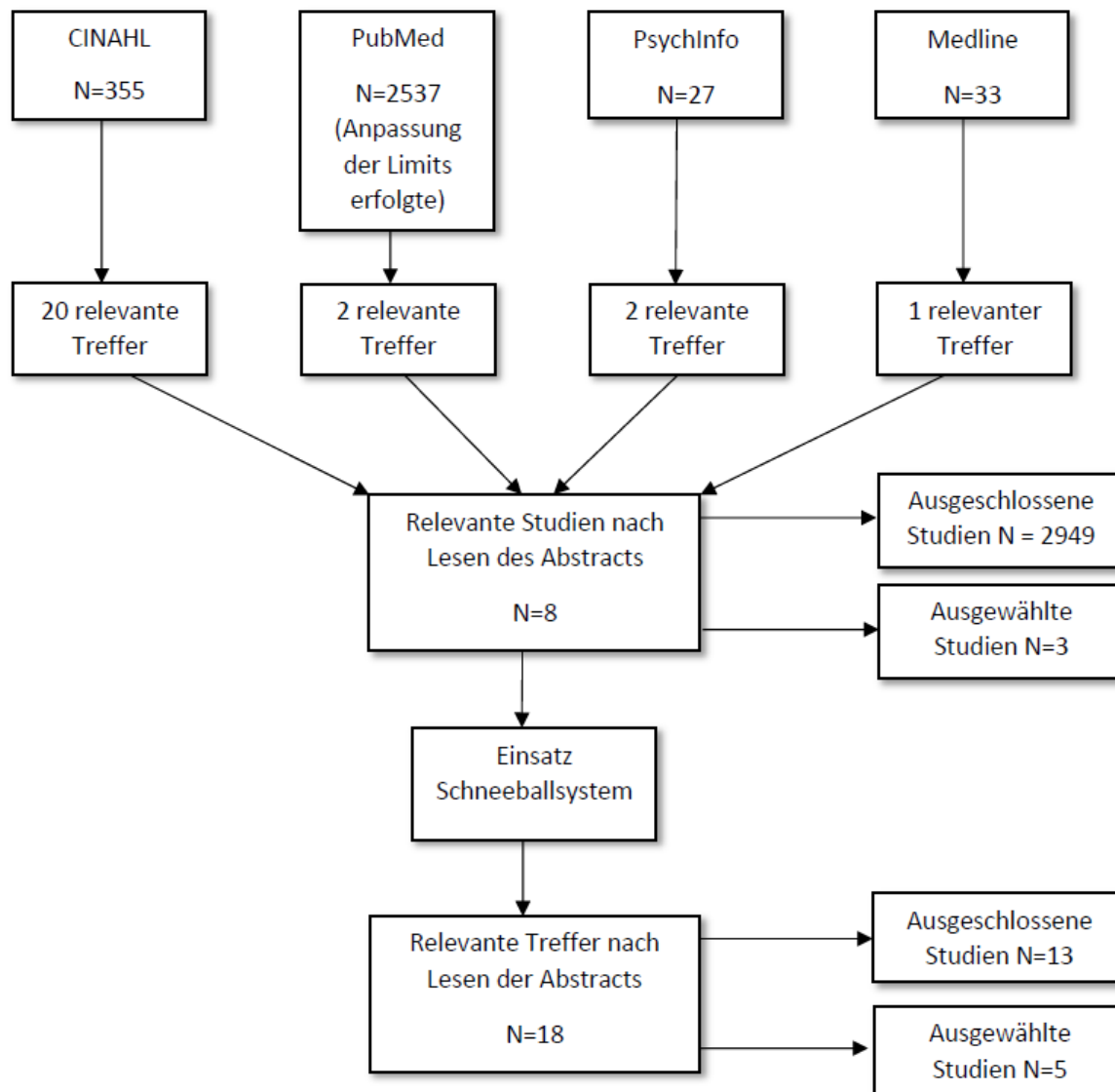


Abbildung 3: Flussdiagramm

Die Güte der ausgewählten qualitativen Studien wird nach Lincoln und Guba (1985), jene der quantitativen nach LoBiondo-Wood und Haber (2005) bewertet. Im Anhang sind die jeweiligen Zusammenfassungen und Würdigungen der Studien zu finden. Da das Hauptthema der vorliegenden Arbeit die Familienzentrierte Pflege ist, werden die beiden Modelle nach Wright und Leahey (2014) beigezogen. In der Diskussion wird darauf geachtet, ob sich die in der Literatur gefundenen Interventionen in die Familienzentrierte Pflege (Wright & Leahey, 2014) integrieren lassen. Die erarbeiteten Kategorien werden mit

dem CFAM oder dem CFIM verglichen und darin integriert. Zudem wird das Evidence-Based Nursing-Modell nach Behrens und Langer (2010) in die Diskussion der Ergebnisse miteinbezogen.

4 Ergebnisse

In Tabelle 3 werden die aus der Literaturrecherche gefundenen Studien alphabetisch dargestellt.

Tabelle 3

Studiendarstellung

| Titel, Jahr | Autor(en) | Ansatz | Stichprobe | Land |
|--|---|---|--|----------|
| <i>A Grounded Theory Study of Younger Children's Experiences of Coping with Maternal Cancer</i> (2017) | Furlong, E.P. | Grounded Theory, semi-strukturierte Interviews | 28 Kinder (14 Mädchen, 14 Jungen) zwischen 7 und 11 Jahren | Irland |
| <i>Children's Experiences of Participation in a Family Support Program When Their Parent Has Incurable Cancer</i> (2008) | Bugge, K.E., Helseth, S. & Darbyshire, P. | Qualitativ-deskriptive Interviews, phänomenologisch-hermeneutisch | 12 Kinder (6-16 J.), davon 8 Mädchen und 4 Jungen mit einem unheilbar an Krebs erkrankten Elternteil | Norwegen |
| <i>Children's Perceived Social Support After a Parent Is Diagnosed with Cancer</i> (2010) | Wong, M., Ratner, J., Gladstone, K.A., | Strukturierte Interviews (rückblickend) | 29 Teilnehmende, die einen Elternteil mit Krebs haben/hatten (Alter: 8-17 J. | USA |

| | | | | |
|--|---|--|--|----------|
| | Davtyan, A. & Koopman, C. | | zum Zeitpunkt der Krebserkrankung; 18-38 J. zum Zeitpunkt der Interviews) | |
| <i>Coping, Social Relations, and Communication: A Qualitative Exploratory Study of Children of Parents with Cancer</i> (2008) | Thastum, M., Johansen Birkelund, M., Gubba, L., Berg Olesen, L. & Romer, G. | Semi-strukturierte Interviews und Fragebögen | 15 Familien interviewt, in 3 Familien Interviews nur mit Kindern. Insgesamt 21 Kinder | Dänemark |
| <i>How do young people find out about their parent's cancer diagnosis: A phenomenological study</i> (2009) | Finch, A. und Gibson, F. | Semi-strukturierte Interviews (rückblickend 4-12 Mt. nach Krebsdiagnose), interpretativ-phänomenologisch | 7 Teilnehmerinnen & Teilnehmer (14-18 J.), 4 Jungen, 3 Mädchen (davon 1 Geschwisterpaar) | England |
| <i>Information and communication when a parent has advanced cancer</i> (2009) | Kennedy, V.L. und Lloyd-Williams, M. | Semi-strukturierte Interviews nach Grounded Theory | 28 Teilnehmerinnen & Teilnehmer, davon 11 Kinder und 17 Elternteile | England |

| | | | | |
|---|--------------------------------|----------------------------------|---|--------|
| <i>Information needs of adolescents when a mother is diagnosed with breast cancer</i> (2007) | Fitch, M.I. und Abramson T. | Semi-strukturierte Interviews | 14 Jugendliche, welche bei der Diagnosestellung zwischen 13 und 19 Jahre alt gewesen sind | Kanada |
| The Child's Worries About the Mother's Breast Cancer: Sources of Distress in School-Age Children (2001) | Zahlis, E.H. | Semi-strukturierte Interviews | 16 Jugendliche zwischen 11 und 18 Jahren zum Zeitpunkt des Interviews (8-12 J. alt zum Zeitpunkt der Krebserkrankung der Mutter im Frühstadium) | USA |

Sämtliche Interviews wurden zu Hause in einer den Kindern gewohnten Umgebung durchgeführt. Dies hatte zum Zweck, dass sich die Teilnehmenden wohlfühlten und frei sprechen konnten. Den Forschenden war es bewusst, dass es für Kinder nicht leicht ist, mit fremden Menschen über ein so komplexes Thema zu sprechen. Die Kinder sollten nicht dadurch verunsichert werden, dass die Interviews in Spitälern oder Behandlungszentren durchgeführt wurden.

Im folgenden Teil werden die wichtigsten Ergebnisse aus den ausgewählten Studien präsentiert. Sie werden der Fragestellung nach in die Kategorien *Erleben*, *Bedürfnis* und *Interventionen* eingeteilt. Diese werden wiederum in verschiedene Subkategorien unterteilt. Zur übersichtlichen Darstellung der Ergebnisse wurde Abbildung 4 erstellt:



Abbildung 4: Haupt- und Subkategorien aus den Ergebnissen der Literaturrecherche

4.1 Erleben

Ein zentrales Thema, welches in allen ausgewählten Studien erwähnt wird, ist die *Angst*. Vor allem diejenige vor dem Tod des kranken Elternteils wird in vielen Forschungsarbeiten erwähnt, wie unter anderem bei Zahlis (2001): „Und es ist immer...und es war immer für mich, es war immer in meinem Hinterkopf...die Möglichkeit des Todes – während der ganzen Zeit“ (12-jähriges Mädchen). Viele der befragten Teilnehmenden hatten zwar wenig Wissen zu Krebs, assoziierten diesen jedoch mit dem Tod (Bugge et al., 2008; Finch & Gibson, 2009; Fitch & Abramson, 2007). „Ich wusste nichts über Krebs, ausser, dass es gefährlich ist und Menschen sterben. Zu Beginn der Krankheit dachte ich oft über seinen Tod nach“ (15-jähriger Junge) (Bugge et al., 2008). Kennedy und Lloyd-Williams (2009) verweisen auf die negativen Einflüsse der Medien auf die Kinder. So beinhalten einige Internetseiten veraltete oder unspezifische Informationen über Krebs. Ausserdem lassen Fernsehwerbungen über Wohltätigkeitsveranstaltungen zugunsten krebskranker die Teilnehmenden Krebs mit dem Tod assoziieren.

Zusätzlich wurde die Angst geäussert, die Eltern mit Fragen zur Krankheit zu verärgern, wie in Kennedy und Lloyd-Williams (2009) gezeigt wird: „Ich wollte mit Mama darüber reden, aber ich wusste nicht wie. Ich wusste nicht, ob es sie verärgern würde, wenn ich mit ihr darüber sprechen würde oder nicht. Ich wusste nicht, ob sie wollte, dass ich darüber spreche, also wartete ich irgendwie darauf, dass sie das Thema aufbrachte und sprach so mit ihr darüber“ (17-jähriges Mädchen). Die Krebserkrankung eines Elternteils mitzuerleben ist bei allen Befragten mit *Emotionen* verbunden, was beispielsweise Bugge et al. (2008), Fitch und Abramson (2007), Furlong (2017) und Zahlis (2001) thematisierten. Es wird von Teilnehmenden erzählt, die sich gefragt haben, ob sie eines Tages selber an Krebs erkranken würden. Von der Krebserkrankung eines Elternteils zu erfahren löste in den Befragten Schock (Finch & Gibson, 2009), Mitleid gegenüber dem kranken Elternteil (Thastum et al., 2008) oder Verwirrung und Angst (Zahlis, 2001) aus. Auch Wut und Groll sowie ein Gefühl der Überwältigung (Fitch & Abramson, 2007) wurden erlebt. Ungewissheit in Bezug auf die Zukunft wird in den Studien von Finch und Gibson (2009) sowie Zahlis (2001) erwähnt. Obwohl manchen Kindern nichts von der Krebserkrankung erzählt wurde, wussten viele, dass etwas nicht in Ordnung war, wie Furlong (2017) beschreibt. Auch Zahlis (2001) greift das Thema auf: „Ich meine, zuerst ist es wie...‘Ich weiss nicht, was

passiert. Ich bin so verwirrt'. Herumrennen wie ein kopfloses Huhn [...]“ (12-jähriges Mädchen). Veränderungen des kranken Elternteils zu sehen wurde ebenfalls beschrieben. So wurden beispielsweise Veränderungen des Zustandes (Bugge et al., 2008) oder des Aussehens (Finch & Gibson, 2009; Thastum et al., 2008; Zahlis, 2001) thematisiert. „Sie sah sehr schlecht aus. Es war gut, es zu sehen, aber nicht gut, ihren Zustand zu sehen“ (12-jähriger Junge) (Thastum et al., 2008). Finch und Gibson (2009), Fitch und Abramson (2007) sowie Furlong (2017) beschreiben ausserdem ein Gefühl von Isolation, vor allem, wenn an die Teilnehmenden nicht genügend Informationen weitergegeben wurden.

Kommunikation stellt eine Unterkategorie dar, welche in zahlreichen Interviews angesprochen wurde, wie beispielsweise bei Kennedy und Lloyd-Williams (2009) oder Thastum et al. (2008). Manche Teilnehmenden erlebten Kommunikation positiv, wenn beispielsweise innerhalb der Familie offen über die Krankheit gesprochen wurde (Bugge et al., 2008; Finch & Gibson, 2009; Furlong, 2017; Wong et al., 2010) oder die Möglichkeit vorhanden war, mit jemandem ausserhalb der Familie darüber sprechen zu können (Fitch & Abramson, 2007). „Es war hilfreich, gesagt zu bekommen, fühl dich nicht, als müsstest du die ganze Zeit perfekt sein“ (Geschlecht und Alter unbekannt) (Wong et al., 2010). Bei manchen Teilnehmenden wurde Kommunikation als negativ wahrgenommen, da das Thema Krebs in der Familie tabu war (Finch & Gibson, 2009) oder den Kindern kein Interesse und Verständnis zur Thematik entgegengebracht wurde (Wong et al., 2010). „Sie fragten mich, ob ich okay wäre und ich denke nicht, dass sie wirklich etwas anderes hören wollten wie ‚Ja, es geht mir gut‘“ (Geschlecht und Alter unbekannt) (Wong et al., 2010). Kennedy und Lloyd-Williams (2009) sowie Wong et al. (2010) beschreiben ausserdem nicht altersgerechte und der Entwicklung des Kindes angepasste Information, vor allem seitens der Gesundheitsfachleute. Manche Kinder achteten sich bewusst auf die nonverbale Kommunikation und suchten Zeichen oder Hinweise (Finch & Gibson, 2009; Furlong, 2017). In Kennedy und Lloyd-Williams (2009) wird die Bedeutung von Online-Chatrooms beschrieben, die den Betroffenen einen gewissen Grad an Anonymität gewährleisteten und die Möglichkeit geben, über das Thema zu sprechen.

Das *Wissen* über die Krankheit, deren Behandlung und Nebenwirkungen wird in den Studien von Finch und Gibson (2009), Fitch und Abramson (2007), Furlong (2017) sowie

Kennedy und Lloyd-Williams (2009) thematisiert. Es wurde festgestellt, dass manche Kinder kein oder ein falsches Verständnis von der Krankheit und der Therapie hatten (Finch & Gibson, 2009; Furlong, 2017). Viele der Befragten haben eigene Recherchen zu Krebs angestellt und dazu Bücher, das Internet oder Broschüren genutzt. Auch Freunde wurden als Informationsquelle beschrieben (Finch & Gibson, 2009; Fitch & Abramson, 2007; Furlong, 2017; Kennedy & Lloyd-Williams, 2009). „Nun, du hast Privatsphäre. Keiner kennt deine Fragen. Keiner kann sagen, sie seien albern...oder sagen, du musst keine Angst davor haben“ (Geschlecht und Alter unbekannt) (Fitch & Abramson, 2007).

Die Krebserkrankung eines Elternteils hat grossen Einfluss auf das *Alltagsleben* der betroffenen Familien (Kennedy & Lloyd-Williams, 2009). Neben Rollenveränderungen innerhalb der Familie (Finch & Gibson, 2009; Furlong, 2017; Thastum et al., 2008; Zahlis, 2001) kommen Gedanken zu finanziellen Aspekten (Finch & Gibson, 2009; Zahlis, 2001) sowie Veränderungen im sozialen Leben (Finch & Gibson, 2009; Fitch & Abramson, 2007) hinzu. Krebs wird nach gewisser Zeit auch als Bestandteil des Lebens beschrieben: „Es ist so lange her, seit wir es herausgefunden haben...Ich habe mich irgendwie daran gewöhnt. Es ist nur ein Teil des Lebens“ (15-jähriges Mädchen) (Finch & Gibson, 2009). Das Gefühl, im Krankenhaus nur eine von vielen Familien mit Krebs zu sein, wird von Finch und Gibson (2009) thematisiert.

4.2 Bedürfnis

Das Bedürfnis nach *Kommunikation* und *Information* wird in allen Studien thematisiert. Laut Kennedy und Lloyd-Williams (2009), Thastum et al. (2008) und Wong et al. (2010) ist der Wunsch nach transparenten Informationen vorhanden. Dazu gehören die Bedürfnisse, von Anfang an dabei sein zu können (Finch & Gibson, 2009), bei Verschlechterung des Zustandes des erkrankten Elternteils sofort informiert zu werden (Fitch & Abramson, 2007) und in die Situation miteinbezogen zu werden (Kennedy & Lloyd-Williams, 2009). Der Wunsch nach Information beinhaltet die Vorhersagbarkeit der Krankheit (Bugge et al., 2008), neben Diagnose und Prognose auch die Erklärung von Tests und der Behandlung (Kennedy & Lloyd-Williams, 2009) sowie keine „mit Zucker überzogenen“ Mitteilungen (Fitch & Abramson, 2007). Medizinische Informationen beinhalten auch, „was die verschiedenen Tabletten und Spritzen machen“ (16-jähriger Junge) (Finch & Gibson,

2009). Die Krankheit verstehen zu können ist ein Punkt in der Studie von Thastum et al. (2008). Die Art und Weise, wie den Kindern Informationen mitgeteilt werden, wird in Kennedy und Lloyd-Williams (2009) beschrieben. "[...] es ist wie ‚Ich brauche kein Bilderbuch, ich weiss, was ihr macht. Ich verstehe es, also sprecht normal mit mir, nicht als wäre ich zurückgeblieben.‘ Ich hasse das, wieso sprechen die zu Kindern, als wären sie geistig zurückgeblieben?“ (18-jähriges Mädchen) (Kennedy & Lloyd-Williams, 2009). Ein weiteres Bedürfnis in der Kommunikation besteht in der Möglichkeit, mit anderen Menschen darüber zu sprechen (Finch & Gibson, 2009; Fitch & Abramson, 2007; Kennedy & Lloyd-Williams, 2009). Dies sind beispielsweise Gleichaltrige, mit denen sich die Kinder identifizieren können (Finch & Gibson, 2009), die Eltern, jemand ausserhalb der Familie (Kennedy & Lloyd-Williams, 2009) oder Ärzte (Fitch & Abramson, 2007).

Eine weitere Unterkategorie der Bedürfnisse stellt das *Coping* dar. Ein Teil des Copings besteht darin, im Rahmen des Familien-Support-Programms (Bugge et al., 2008) die Stärken der Familie aufzuzeigen. „Wir schrieben gegenseitig über unsere Stärken. Ich mochte das. Meine Geschwister waren stolz darauf, was ich ihnen sagte“ (11-jähriger Junge) (Bugge et al., 2008). Verdrängung zum Selbstschutz, indem nicht über die Krankheit gesprochen wird, ist eine zusätzliche Möglichkeit des Copings (Finch & Gibson, 2009): „Manchmal bist du froh, wenn du nicht darüber sprichst, weil du beginnst, dich um Papa zu sorgen“ (11-jähriger Junge). Zur genannten Copingstrategie gehören auch Distanzierung und das Schaffen von persönlichem Raum (Wong et al., 2010). Furlong (2017) beschreibt den Übergang der „alten“ in die „neue“ Normalität als Copingstrategie, indem die Kinder einsehen, dass die „alte“ Normalität zurückgelassen und die „neue“ akzeptiert werden muss. Thastum et al. (2008) konnte mehrere Copingstrategien von Kindern eruieren, wie beispielsweise anderen zu helfen, „Parentification“, Ablenkung oder das Wunschdenken. „Parentification“ beschreibt das Phänomen, wenn Kinder die Rolle ihres kranken Elternteils übernehmen und dabei eigene Bedürfnisse zurückstecken (Thastum et al., 2008): „Ich muss stark sein, damit sich die anderen auf mich verlassen können. Ich bin der einzige in der Familie, der nicht geweint hat. Wenn meine Mutter Unterstützung braucht, bin ich für sie da“ (15-jähriger Junge). Wunschdenken ist das positive Denken von Kindern, dass nichts Böses passieren würde (Thastum et al., 2008): „Um mich besser zu fühlen, dachte ich, alles würde gut werden“ (10-jähriges Mädchen).

Die Gedanken zur Seite schieben wurde auch von Fitch und Abramson (2007) als Copingstrategie beschrieben.

In Bezug auf den *Alltag* wurden von den Kindern weitere Bedürfnisse genannt, wie beispielsweise der Wunsch nach Normalität (Furlong, 2017). Als Pause vom aktuellen Geschehen in der Familie sind normale Aktivitäten hilfreich, um Spannungen und emotionale Sorgen abzubauen (Wong et al., 2010). Furlong (2017) stellt den Wunsch nach dem Status quo, wie er vor der Diagnose war, dar: „Ich mochte es, wie es war, als Mama noch nicht krank war“ (7-jähriges Mädchen). Das Bedürfnis, mehr Zeit mit der Familie und der kranken Mutter zu verbringen, wird von Fitch und Abramson (2007) beschrieben: „Ich blieb mehr zu Hause. Ich wollte, nun ja, ich hatte das Gefühl, ich musste dann extra nett sein zu Mama“.

4.3 Interventionen

Viele der genannten Interventionen können in die Kategorie *Kommunikation* eingeordnet werden. Fitch und Abramson (2007), Kennedy und Lloyd-Williams (2009), Thastum et al. (2008) und Zahlis (2001) erachten es als hilfreich, die Eltern in der Kommunikation zu unterstützen oder dies in schwierigen Situationen zumindest anzubieten. Furlong (2017) empfiehlt ebenfalls, dass die Mütter in der Kommunikation unterstützt werden sollen. Finch und Gibson (2009) empfehlen, dass Pflegefachpersonen Familiendiskussionen zum Thema Krebs leiten sollten. Bugge et al. (2008) haben den Kindern im aussergewöhnlichen Rahmen die Möglichkeit gegeben, über den Krebs des Elternteils zu sprechen, was als erleichternd und befreiend empfunden wurde. Bugge et al. (2008) führten ein Familien-Support-Programm durch, welches die gesamte Familie unterstützen sollte. Teile davon waren verschiedene Gespräche, wo die Situation der Familien besprochen wurde oder Treffen, bei denen die Kinder unter sich waren und mit Forschenden über deren Erlebnisse sprechen konnten. Die Kinder empfanden diese Treffen als sehr aufschlussreich: „Ich fand, es war sehr gut, mit dem Projektmitarbeiter zu sprechen [...]“ (15-jähriger Junge). „Nach diesen Treffen veränderten sich die Dinge. Jetzt können wir (die ganze Familie) offen über die Krankheitssituation sprechen“ (12-jähriges Mädchen) (Bugge et al., 2008). Eine Möglichkeit der Kommunikation, welche Bugge et al. (2008) vor allem bei Teilnehmenden unter 10 Jahren angewendet haben, war das Zeichnen und Schreiben.

Dadurch wurde den Kindern eine Kommunikation auf ihre eigene Art und Weise ermöglicht und eine verbale Unterhaltung mit den Forschenden, die den Kindern möglicherweise Angst machte, verhindert. Die Eltern sollten auch auf die nonverbale Kommunikation und die Reaktionen der Kinder achten (Wong et al., 2010). Kennedy und Lloyd-Williams (2009) empfehlen, dass die Pflegefachperson die Eltern auf versteckte Bedürfnisse und/oder Sorgen der Kinder aufmerksam macht. Ausserdem sollten die Eltern darauf hingewiesen werden, ihre Kinder aktiv nach belastenden Themen zu fragen, bevor diese erste Anzeichen von Stress zeigen würden (Zahlis, 2001). Die Pflegefachperson sollte mit den Eltern besprechen, wie sie den Informationsfluss gestalten möchten und den Eltern Tipps zur Gesprächsführung geben (Fitch & Abramson, 2007).

Das *Coping* der Kinder und der Familienmitglieder ist eine weitere Subkategorie der Interventionen. Eine wichtige Strategie, welche Bugge et al. (2008) nennen, ist das Aufzeigen der Stärken der Familie. Die Familie sollte ausserdem in den bereits vorhandenen Copingstrategien unterstützt werden. Zahlis (2001) weist in Bezug auf die Bewältigungsstrategien der Kinder darauf hin, dass man sich mit diesen regelmässig auseinandersetzen müsse und dass ein Kind Angst haben kann, auch wenn aktuell keine Verwirrung bezüglich Diagnose oder Behandlung besteht. Finch und Gibson (2009) betonen, dass ein familienzentrierter Ansatz gute Unterstützung bieten würde. Laut Thastum et al. (2008) sollen Eltern im Erkennen der Gedanken und Sorgen ihrer Kinder unterstützt werden. Wong et al. (2010) nannten die Wichtigkeit der Individualität der Kinder, dass diese in jedem Fall berücksichtigt und die Unterstützung flexibel darauf abgestimmt werden sollte. Die Bedürfnisse der Kinder nach Zeit und Intimsphäre müssen respektiert und die Möglichkeit sozialer Unterstützung aufgezeigt werden (Wong et al., 2010). Das Hauptaugenmerk der Interventionen darf auf die *Information* gelegt werden, denn der Mangel an altersgerechten Informationen wird in fast allen Studien genannt. Bugge et al. (2008) empfehlen beispielsweise Bücher und Filme zur Information. Es wurden während der Treffen, welche im Rahmen des Familien-Support-Programms stattgefunden haben, Informationen von Forschenden an die Kinder weitergegeben. Dies wurde rückblickend geschätzt: „Sie (die Projektmitarbeiterin) erzählte mir viel über die Krankheit und normale Reaktionen, wenn du einen Elternteil mit Krebs hast. Ich wollte mehr darüber erfahren“ (12-jähriges Mädchen) (Bugge et al., 2008). Gesundheitsfachpersonen wurden als

vertrauenswürdige und objektive Quelle für Informationen erachtet (Kennedy & Lloyd-Williams, 2009). Diese sollten darauf achten, dass die Informationen altersgerecht vermittelt und zusätzliche vertrauenswürdige Quellen, wie Internetseiten, angegeben werden. Mit Mädchen sollten auch genetische Einflüsse in Bezug auf Krebs besprochen werden. Ausserdem sollten die Kinder von Anfang an miteinbezogen werden (Fitch & Abramson, 2007). Fitch und Abramson (2007) thematisierten die geeignete Informationsabgabe und wiesen darauf hin, dass passende Plattformen zur Informationsbeschaffung zur Verfügung gestellt werden müssen. Finch und Gibson (2009) nannten auch Themen, zu welchen die Kinder Fragen hatten. Als Beispiele wurden Tabletten oder Injektionen genannt. Eine Informationsbroschüre wurde hierzu als nützlich erachtet. Die Individualität der Informationsabgabe wurde bei Wong et al. (2010) thematisiert. Sie soll auf den Wunsch des Kindes abgestimmt werden und dem Alter sowie der Reife des Kindes entsprechen. Zahlis (2001) weist darauf hin, dass Eltern davon ausgehen müssen, dass ihre Kinder Fragen haben, auch wenn diese nicht gestellt werden. Ausserdem kann es sein, dass ein Kind die Antwort auf eine gestellte Frage nicht versteht oder trotz einer Erklärung dem aktuellen Geschehen nicht folgen kann. Pflegefachpersonen sollen die Eltern darin unterstützen, ihre Kinder über alles zu informieren (Thastum et al., 2008).

5 Diskussion

Im folgenden Kapitel werden die ausgewählten Studien kritisch gewürdigt und deren Inhalte diskutiert.

5.1 Kritische Würdigung der Literatur

Children's Experiences of Participation in a Family Support Program When Their Parent Has Incurable Cancer (Bugge, Helseth & Darbyshire, 2008)

Die Studie von Bugge et al. (2008) beantwortet eine für die Pflege relevante Frage, da Pflegefachpersonen in allen Settings mit krebserkrankten Patientinnen oder Patienten und deren Kindern zu tun haben können. Zu Beginn wird das Phänomen und Ziel der Forschungsarbeit beschrieben. Mit Hilfe von Literatur wird ins Thema eingeführt, wobei eine Diskussion zur Signifikanz der Arbeit fehlt. Zur Beantwortung der Fragestellung wurden Interviews mit dem Fokus auf den Erfahrungen der Teilnehmenden mit dem Familien-Support-Programm durchgeführt. Die gewählte Methode passt zur Fragestellung und dem Ziel. Die Rekrutierung der Teilnehmenden eignet sich für das Design, da alle am Programm teilgenommen haben und von ihren Erfahrungen berichten können. Es wird hingegen nicht erwähnt, wie viele Familien insgesamt das Programm durchlaufen haben. Dadurch lässt sich nicht beurteilen, welchen Anteil die gewünschten 4 bis 6 Familien an allen Familien des Programmes darstellen und wie repräsentativ das ist. Daher können die Resultate nur auf Familien übertragen werden, die am Programm teilgenommen haben. Die Forschenden geben keine Begründung an, wieso sie nur 4 bis 6 Familien befragen wollten. Das Setting und die Teilnehmenden werden kurz beschrieben, wobei sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer als gute Informantinnen und Informanten eignen, da sie das Phänomen erleben. Die Studie untersucht das Erleben der Teilnehmenden, jedoch wird das Vorgehen bei der Datenerhebung nur knapp beschrieben. So fehlt eine Erläuterung, welche Fragen den Teilnehmenden gestellt wurden oder auf welchem Leitfaden basierend das Interview geführt wurde. Die Datensättigung wird kurz erwähnt. Der ethische Rigor wird in einem eigenen Abschnitt diskutiert: Die Teilnehmenden sollten mit Hilfe von Informationsblättern über das Interview aufgeklärt werden. Zusätzlich wurde das Einverständnis der Eltern eingeholt und die Kinder wurden während der Interviews

beobachtet, damit es bei heiklen Fragen je nach Reaktion abgebrochen werden konnte. Die Forschungsarbeit wurde von einem Ethikkomitee genehmigt. Das methodische Vorgehen stimmt mit dem Forschungsansatz überein und ist für das zu untersuchende Phänomen geeignet. Zur Datenanalyse wurden Richtlinien referenziert und die einzelnen Schritte der Analyse nachvollziehbar geschildert. Inwiefern es sinnvoll ist, dass dieselbe Forscherin, welche die Teilnehmenden interviewt hat, die Datenanalyse durchführte, ist fraglich. Die Ergebnisse werden übersichtlich in inhaltlich voneinander unterscheidbaren Kategorien dargestellt und mit Zitaten bestärkt. Das Phänomen wird dabei als Ganzes beschrieben. Es wurden keine neuen Modelle entwickelt. Die Diskussion führt zu einem besseren Verständnis des Phänomens. Das Forschungsziel wurde erreicht und es werden für die Pflege relevante Anhaltspunkte sowie Empfehlungen für die Praxis geliefert. Es handelt sich hierbei um eine Primärstudie, welche dem Evidenz-Level 1 von DiCenso, Guyatt und Ciliska (2005) entspricht.

Die Güte der Studie wurde anhand der Kriterien von Lincoln und Guba (1985) beurteilt. Eine Bestätigung in Form einer externen Begleitperson ist nicht gegeben, da die Forschenden die Datenerhebung und –analyse alleine durchgeführt haben. Die Zuverlässigkeit fehlt, da weder eine regelmässige Reflexion noch ein Gremium zur Überprüfung der Datenerhebung und –analyse beschrieben werden. Die Glaubwürdigkeit ist nicht erfüllt, da keine Triangulationen oder peer debriefings erwähnt werden. Die Übertragbarkeit wird gewährleistet, indem die Ergebnisse mit vielen Zitaten bestärkt und Implikationen für die Praxis gegeben werden.

How do young people find out about their parent's cancer diagnosis: A phenomenological study (Finch & Gibson, 2009)

Die Forschungsarbeit stellt eine für die Pflege relevante Frage, da Kinder krebskranker Eltern in der Literatur deutlich unterrepräsentiert sind und Pflegefachpersonen im Alltag solchen Familien begegnen können. Das Phänomen wird detailliert beschrieben und die Forschungsfrage klar formuliert. Mit Hilfe von Literatur wird in das Thema eingeführt, allerdings ohne Diskussion zur Signifikanz der Arbeit. Der gewählte Ansatz von semi-strukturierten Interviews (interpretatives phänomenologisches Design) passt zur Forschungsfrage. Das methodische Vorgehen lässt sich logisch aus der Fragestellung

ableiten. Ob die gewählte Stichprobe repräsentativ ist, ist fraglich. Die Poster mit der Studienausschreibung mussten nämlich zunächst von den Eltern entdeckt und ihre Kinder darüber informiert werden. Es wird nicht erwähnt, welcher sozialen Schicht die Befragten angehörten oder welches Bildungsniveau sie hatten. Ausserdem wurden nur 14-18-jährige befragt. Daher sind die Ergebnisse nur teilweise verallgemeinerbar. Die Stichprobengrösse wird mit 7 Teilnehmenden nicht diskutiert oder begründet und das Setting wird nicht beschrieben. Die Befragten eignen sich als gute Informantinnen und Informanten, da sie das Phänomen erleben. Da die Krebserkrankung weniger als ein Jahr zurückliegt, können die Aussagen und Informationen der Befragten als aktuell angesehen werden. Bei der Datenerhebung und -analyse fehlten Informationen zu den Transkriptionen, zur Person, die das Interview geführt hat und demographische Angaben. Ein analytischer Rigor wird diskutiert. Die Analyse wurde anhand der Methoden eines referenzierten Forscherteams durchgeführt. Eine Diskussion zur Datensättigung wird nicht gemacht. Zum ethischen Rigor wird kurz erwähnt, dass die Studie zunächst abgelehnt wurde, jedoch von einem anderen Ethikkomitee genehmigt wurde, wenn sowohl Eltern als auch Kind ihr Einverständnis zum Interview geben. Die Ergebnisse sind im Kontext verankert und mit Zitaten unterlegt. Die erstellten Kategorien sind inhaltlich voneinander unterscheidbar und stellen das Phänomen als Ganzes dar. Die Resultate werden bei ihrer Präsentation kurz diskutiert und verhelfen zum besseren Verständnis des Phänomens. Es werden Empfehlungen für die Praxis und künftigen Forschung abgegeben, allerdings nicht speziell auf die Pflege bezogen. Die Forschungsfrage wird nur zu einem Teil beantwortet, da die beiden Unterpunkte „Einen Sinn in der Krebserkrankung sehen“ und der „Einfluss auf die Beziehungen“ kaum diskutiert werden. Die Schlussfolgerungen spiegeln die Ergebnisse der Studie. Evidenzlevel der Studie nach DiCenso et al. (2005) entspricht Stufe 1.

Nach den Gütekriterien von Lincoln und Guba (1985) ist eine Bestätigung nicht gegeben, da keine externe Person hinzugezogen wurde. Die Zuverlässigkeit ist erreicht, da die Themenanalyse von einer Fachperson durchgelesen wurde. Die Glaubwürdigkeit ist weder mit Triangulationen noch durch peer debriefings gewährleistet. Lediglich einige Negativfälle werden genannt. Die Übertragbarkeit wurde mit Hilfe von Zitaten erreicht.

Information needs of adolescents when a mother is diagnosed with breast cancer
(Fitch & Abramson, 2007)

In dieser Pilotstudie wird ein wichtiges Thema für die Pflege bearbeitet, da Brustkrebs immer häufiger auftritt und die Pflegefachpersonen unsicher sind, welche Bedürfnisse in Kindern krebskranker Mütter vorhanden sind. Das Phänomen wird verständlich beschrieben und mit Literatur eingeführt. Das Ziel wird dargelegt und die Signifikanz der Arbeit kurz diskutiert. Das Design ist dem Ziel entsprechend sinnvoll gewählt und auch die Stichprobenziehung ist angemessen. Auf welche Populationen die Ergebnisse übertragen werden können, kann nicht abschliessend beantwortet werden, da zwar demographische Angaben von den Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern erhoben worden sind, diese in der Studie jedoch nicht ausreichend dargestellt werden. So können unterschiedliche soziale Status oder die jeweiligen Krebsstadien der Mütter unterschiedliche Resultate hervorbringen. Die Stichprobengrösse von 14 Probandinnen und Probanden ist für den gewählten Ansatz passend, eine Begründung zur Grösse oder Einschlusskriterien werden nicht genannt. Das Setting sowie die Teilnehmenden sind nicht ausreichend beschrieben. Die befragten Jugendlichen erlebten das Phänomen in den letzten 10 Jahren selber und eignen sich daher als Informantinnen und Informanten. Die Datenerhebung wird schrittweise erläutert. Ein Nachteil der Telefoninterviews ist, dass der persönliche Bezug zwischen den Forschenden und Befragten fehlt. Ausserdem können keine Beobachtungen auf nonverbaler Ebene gemacht werden. Es wird keine Datensättigung erwähnt und ein ethischer Rigor wird auch nicht diskutiert. Das methodische Vorgehen macht für eine qualitative Forschungsarbeit und den gewählten Ansatz Sinn. Die Datenanalyse wird verständlich erläutert und entsprechende Referenzen erwähnt, wodurch sie glaubwürdig wirkt. Es wird keine Dokumentation zu analytischen Entscheidungen beschrieben. Ethische Fragestellungen werden nicht diskutiert, obwohl das Thema von einem einschneidenden Erlebnis im Leben der jungen Menschen handelt. Die Teilnehmenden mussten lediglich eine Einverständniserklärung unterschreiben. Die Ergebnisse werden mit Zitaten präsentiert. Es wurden jedoch nur zwei Kategorien erstellt, wodurch fraglich ist, inwiefern das Phänomen als Ganzes erfasst wurde. Von den Jugendlichen gestellte Fragen wurden übersichtlich in einer Tabelle aufgelistet. Neue Modelle wurden keine entwickelt. Die Resultate sind für die Pflege relevant, jedoch wird nicht explizit darauf verwiesen. Durch

die Schlussfolgerungen werden die Ergebnisse der Pilotstudie noch einmal reflektiert. Evidenz-level der Studie nach DiCenso et al. (2005) ist Stufe 1.

Die Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1985) werden folgendermassen bewertet: Die Bestätigung ist teilweise gegeben, da keine externe Fachperson anwesend war, jedoch Psychologen und Sozialarbeiter zur Entwicklung des Interviewleitfadens miteinbezogen wurden. Die Zuverlässigkeit ist ebenfalls nur teilweise erreicht, da von Reflexionen die Rede ist, aber kein internes oder externes Gremium zur Überprüfung hinzugezogen wurde. Die Glaubwürdigkeit ist durch peer debriefings und das Vorhandensein von Notizen erreicht. Die Übertragbarkeit ist ebenfalls gewährleistet, da Zitate mit den Angaben zur Anzahl der Personen, die ein bestimmtes Thema genannt haben, die Ergebnisse unterstützen.

Protecting – A Grounded Theory Study of Younger Children's Experiences of Coping With Maternal Cancer (Furlong, 2017)

Die Studie untersucht eine für die Pflege wichtige Frage, da bisher wenig Literatur zur Thematik vorhanden ist. Ausserdem wurden in den bisherigen Untersuchungen nicht die Kinder selbst, sondern deren Eltern zum Erleben befragt. Das Phänomen wird beschrieben und mit Literatur eingeführt. Das Ziel der Forschungsarbeit ist verständlich formuliert und die Signifikanz der Arbeit wird klar aufgezeigt. Um das Ziel zu erreichen, ist der Ansatz nach Grounded Theory sinnvoll. Die Stichprobenziehung wurde dem Design entsprechend gewählt. Die Stichprobe ist nur teilweise repräsentativ, da wenige demographische Angaben zu den Probandinnen und Probanden gemacht werden. Möglicherweise können die Ergebnisse auf alle Kinder, die eine Mutter mit Brustkrebs haben, übertragen werden. Die Teilnehmenden sind gute Informantinnen und Informanten, da sie das Phänomen selber erleben. Die Stichprobengrösse eignet sich für eine qualitative Forschungsarbeit, wird jedoch nicht begründet. Die Datenerhebung wirkt nachvollziehbar, allerdings fehlt der Inhalt der Interviews, welche Fragen gestellt oder ob die Interviews nach einem bestimmten Leitfaden (Referenz) durchgeführt wurden. Die Datensättigung wird kurz erwähnt. Die Forschungsarbeit wurde von einem Ethikkomitee genehmigt und sowohl die Mütter wie auch die Kinder unterschrieben ein Einverständnis zum Interview. Weitere ethische Fragen werden nicht diskutiert. Zur Datenanalyse wurde NVivo verwendet und

von zwei externen Experten begleitet. Weitere Analyseschritte werden kurz beschrieben, wodurch sie glaubwürdig wirkt. Analytische Entscheidungen wurden mit Feldnotizen und Memos, welche einen Einblick gewähren, dokumentiert. Die Ergebnisse sind in einem verständlichen Modell aufgezeigt und spiegeln die Reichhaltigkeit der Daten. Zitate sowie nonverbale Aussagen, wie beispielsweise Augenverdrehen oder mit den Händen gestikulieren, bestärken die Resultate. Durch die erstellten Kategorien wird das Phänomen als Ganzes beschrieben. Beziehungen zwischen den Kategorien werden lediglich im Modell mit Pfeilen dargestellt. Furlong bewertet ihre Studie anhand der Gütekriterien der Grounded Theory. Durch die Diskussion der Ergebnisse kann das Phänomen besser verstanden werden. Das Ziel der Forschungsarbeit wurde erreicht. Die Resultate sind für die Pflege relevant und es wird darauf aufmerksam gemacht, Gesundheitsfachpersonen mit Hilfe der Ergebnisse für das Thema zu sensibilisieren. Es werden Implikationen für die Praxis gemacht, die jedoch konkretere Ausführungen benötigen. Das Evidenz-Level der Studie ist nach DiCenso et al. (2005) Stufe 1.

Nach Lincoln und Guba (1985) kann die Güte der Studie folgendermassen eingeschätzt werden: Die Bestätigung ist durch eine externe Begleitperson gewährleistet. Zuverlässigkeit wird dadurch erreicht, dass regelmässige Reflexionen stattgefunden haben und zusätzliche Fachkräfte hinzugezogen worden sind. Die Glaubwürdigkeit ist teilweise erreicht, da die Datenerhebung knapp 1,5 Jahre in Anspruch genommen hat, was eine längere Anwesenheit im Feld bedeuten würde. Es ist keine Dokumentation bezüglich peer debriefings oder member checkings vorhanden. Die Übertragbarkeit ist dadurch gewährleistet, dass Zitate sowie nonverbale Beobachtungen die Ergebnisse bestärken und die Resultate nachvollziehbar präsentiert werden.

Information and communication when a parent has advanced cancer

(Kennedy & Lloyd-Williams, 2009)

Das Thema wird mit Literatur eingeführt und das Ziel der Studie klar formuliert. Die Signifikanz der Arbeit wird diskutiert, indem bereits vorhandene Studien zum Thema referenziert werden. Es handelt sich um ein wichtiges Thema für Pflegefachpersonen, da sie mit Eltern zu tun haben können, die an Krebs leiden.

Semi-strukturierte Interviews mit den Methoden der Grounded Theory passen, um das gesetzte Ziel zu erreichen. Die Stichprobenziehung ist abhängig von den Gesundheitsfachpersonen und beinhaltet somit nur Patientinnen und Patienten, die in einer der genannten Institutionen behandelt werden. Es werden keine genaueren demographischen Angaben zu den Teilnehmenden gemacht, wodurch nicht festgestellt werden kann, auf welche Populationen sich die Ergebnisse übertragen lassen. Die Stichprobengrösse passt zum qualitativen Ansatz, wird jedoch nicht begründet und es fehlt eine genauere Beschreibung des Settings. Sowohl die befragten Eltern als auch die Kinder erleben das Phänomen, sie eignen sich deshalb als gute Informantinnen und Informanten. Die Datenerhebung wird nach einem Interviewleitfaden gestaltet. Die Selbstbestimmung der Befragten wird kurz diskutiert. Eine Diskussion zur Datensättigung wird nicht gemacht. Die Datenanalyse wird präzise beschrieben und es werden 3 externe Experten hinzugezogen, wodurch sie glaubwürdig wirkt. Ethisch relevante Fragen werden diskutiert. Die Ergebnisse sind inhaltlich voneinander unterscheidbar und werden mit Zitaten bestärkt, allerdings wären bei der Stichprobengrösse mehr Zitate wünschenswert gewesen. Ausserdem wäre die Anzahl der Befragten, die ein Thema erwähnt haben, zur Interpretation hilfreich gewesen. Neue Modelle wurden keine entwickelt. Durch die Diskussion kann das Phänomen besser verstanden werden. Die Informationen sind für die Pflege relevant, es wird jedoch nicht explizit darauf verwiesen. Die Implikationen sind allgemein gehalten, spiegeln aber die Ergebnisse wieder. Evidenz-level der Studie nach DiCenso et al. (2005) ist Stufe 1.

Die Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1985) werden wie folgt beurteilt: Die Bestätigung ist aufgrund des Hinzuziehens von 3 Experten gegeben. Die Zuverlässigkeit wurde erreicht, da sowohl Kodierungen als auch die Themen regelmässig überarbeitet und mit den Methoden der Grounded Theory abgeglichen wurden. Glaubwürdigkeit ist nicht gegeben, da weder peer debriefings noch Triangulationen erwähnt werden. Die Übertragbarkeit ist gewährleistet, da die Ergebnisse mit Hilfe von Zitaten bestärkt werden.

Coping, Social Relations, and Communication: A Qualitative Exploratory Study of Children of Parents with Cancer (Thastum, Birkelund Johansen, Gubba, Berg Olesen & Romer, 2008)

Die Forschungsarbeit bearbeitet ein wichtiges Thema für die Pflege, da Pflegefachpersonen in jedem Setting Kontakt mit krebserkrankten Eltern und deren Kindern haben können. Das Phänomen wird verständlich beschrieben und mit zahlreicher Literatur eingeführt. Eine explizite Diskussion zur Signifikanz wird nicht gemacht, sie wird im Text jedoch angesprochen. Das Ziel der Arbeit ist klar formuliert. Die gewählten Ansätze (qualitativ und quantitativ) eignen sich für die Forschungsfrage. Die Stichprobenziehung durch die Pflegefachpersonen der jeweiligen Abteilungen ist sinnvoll, da diese ihre Patientinnen und Patienten gut kennen. Es wurden kostenlose Beratungen angeboten, um zusätzliche Familien zu erreichen. Inwiefern diese an der Studie teilgenommen haben, um vor allem das Angebot nutzen zu können, ist fraglich. Sowohl die Stichprobe als auch das Setting werden beschrieben. Es wurde das Erleben der Probandinnen und Probanden untersucht, was sie zu guten Informantinnen und Informanten macht. Zur Übertragung auf andere Populationen wären weitere demographische Daten wichtig gewesen. Die Datenerhebung ist genau beschrieben, der Inhalt des Fragebogens wird jedoch nicht erläutert. Es wird nicht über die Datensättigung oder Selbstbestimmung der Teilnehmenden diskutiert. Die Datenanalyse ist schwierig nachzuvollziehen, da sie keiner gängigen Methode entspricht. Es wird jedoch eine Referenzierung gemacht, wodurch sie teilweise glaubwürdig wirkt. Die Forschungsarbeit wurde vom lokalen Ethikkomitee genehmigt. Die Ergebnisse werden in inhaltlich voneinander unterscheidbaren Kategorien dargestellt, im Kontext verankert und mit zahlreichen Zitaten bestärkt. Die Reichhaltigkeit der Daten wird ausführlich dargestellt. Es wurden keine neuen Modelle entwickelt. Die Diskussion ermöglicht ein besseres Verständnis des Phänomens und die Forschungsfrage wurde beantwortet. Die Ergebnisse sind für die Pflege relevant, werden jedoch nicht als solche diskutiert. Es werden Implikationen für die Praxis gemacht, aber nicht genauer beschrieben. Die Schlussfolgerungen sind mangelhaft beschrieben. Das Evidenz-level ist nach DiCenso et al. (2005) Stufe 1.

Die Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1985) können wie folgt eingeschätzt werden: Die Bestätigung wird nicht erreicht, da nicht beschrieben wird, ob externe Personen hinzugezogen wurden oder Auditprozesse dokumentiert sind. Die Zuverlässigkeit wurde nicht erreicht, da keine externe Betreuung erwähnt wird. Die Glaubwürdigkeit wird nur teilweise erreicht, da keine peer debriefings oder member checkings durchgeführt wurden. Ausserdem wurden keine Beobachtungen notiert. Es werden allerdings Negativfälle beschrieben. Die Übertragbarkeit wird mit Hilfe von vielen Zitaten gewährleistet.

Children's Perceived Social Support After a Parent Is Diagnosed with Cancer (Wong, Ratner, Gladstone, Davtyan & Koopman, 2010)

Die Forschungsarbeit untersucht ein für die Pflege relevantes Thema, da diese onkologischen Patientinnen oder Patienten und deren Kinder in verschiedenen Settings begegnen kann. Für Pflegefachpersonen ist das Wissen, wie es solchen Kindern geht, ein wichtiger Aspekt, um sie gezielt unterstützen zu können. Das Phänomen wird verständlich beschrieben und mit Literatur wird eine Einführung ins Thema gemacht. Das Ziel der Studie ist verständlich formuliert, eine Diskussion zur Signifikanz der Arbeit wird nicht gemacht. Der induktive Ansatz mit den Methoden der Grounded Theory eignet sich, um das Ziel der Forschungsarbeit zu erreichen. Die Stichprobenziehung passt insofern zum gewählten Design, als dass sich eine zufällige Zusammensetzung der Stichprobe ergibt. Inwiefern die Stichprobe repräsentativ ist, ist offen, da die Probandinnen und Probanden über nicht genauer beschriebene Internetseiten rekrutiert wurden. Zwar wurden demographische Daten erhoben, in der Studie selber jedoch nicht erläutert. Wie die Stichprobe vom sozialen Status oder vom Bildungsstand zusammengesetzt ist, ist unbekannt. Ausserdem wurden diejenigen Kinder nicht erreicht, die entweder keinen Internetzugang hatten oder denen die verwendeten Internetseiten unbekannt waren. Daher kann nicht abschliessend gesagt werden, auf welche Populationen die Resultate übertragen werden können. Es werden weder Setting noch die Teilnehmenden genauer beschrieben. Die Befragten eignen sich als Informantinnen und Informanten, da alle einen krebskranken Elternteil haben oder hatten. Die Stichprobengrösse ist für einen qualitativen Ansatz sehr gut, für den quantitativen Teil knapp bemessen. Eine Diskussion zur Datensättigung findet nicht statt, die Datenerhebung hingegen wird präzise beschrieben.

Die Datenanalyse wurde nach den Methoden der Grounded Theory durchgeführt und entsprechend referenziert. Daher erscheint die Datenanalyse glaubwürdig. Fraglich ist, ob die Codierung durch eine einzelne Person Sinn macht, da eine zweite Person aus den vorhandenen Daten durchaus andere Codierungen erarbeiten könnte. Ethische Fragen werden nicht diskutiert. Die Ergebnisse reflektieren die Reichhaltigkeit der Daten, da sie mit zahlreichen Zitaten bestärkt werden. Ausserdem wird zwischen hilfreicher versus verletzender Unterstützung unterschieden und die Anzahl der Teilnehmenden, die dies beschrieben haben, genannt. Die Kategorien sind inhaltlich differenzierbar und übersichtlich dargestellt. Modelle wurden keine entwickelt. Die Diskussion fasst nochmals die wichtigsten Punkte zusammen und führt zu einem besseren Verständnis des Phänomens. Das Ziel der Studie wurde erreicht, da gezeigt werden konnte, welche Art von Unterstützung als hilfreich und welche als verletzend empfunden wurde. Es wird kein Bezug zur Pflege diskutiert und es fehlen Implikationen für die Praxis. Evidenz-level der Studie ist nach DiCenso et al. (2005) Stufe 1.

Die Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1985) werden wie folgt beurteilt: Die Bestätigung ist nicht erreicht, da keine externe Betreuung vorhanden ist. Indem die Strategie der Forschenden – mit Ausnahme der genaueren Beschreibung der Stichprobe – transparent beschrieben wird, ist die Zuverlässigkeit gewährleistet. Die Glaubwürdigkeit wird nicht erreicht, da weder Triangulationen noch peer debriefings erwähnt werden. Lediglich das Darstellen von Kontrastfällen (also die Kategorie „verletzende Unterstützung“) kann zur Glaubwürdigkeit beitragen. Die Übertragbarkeit wird dadurch erreicht, als dass aussagekräftige Zitate die Resultate bestärken.

The Child's Worries About the Mother's Breast Cancer: Sources of Distress in School-Age Children (Zahlis, 2001)

Die Studie behandelt ein für die Pflege wichtiges Thema, da sie in unterschiedlichen Settings mit an Brustkrebs erkrankten Frauen und deren Kindern in Kontakt kommen kann. Das Phänomen wird mit reichlich Literatur eingeführt und das Ziel verständlich formuliert. Die Signifikanz der Arbeit wird kurz erwähnt. Der gewählte Ansatz passt zum Ziel der Forschungsarbeit. Die Stichprobenziehung macht für den Ansatz Sinn, da es sich um eine qualitative Studie handelt, bei der das Erleben der Kinder untersucht wird. Die Stichprobe

ist nur teilweise repräsentativ, da Kinder von Müttern befragt wurden, welche bereits an einer vorangehenden Studie teilgenommen haben. Zudem fehlen wichtige demographischen Angaben zu den Teilnehmenden, um deren Repräsentativität in Bezug auf andere Populationen beurteilen zu können. Die Anzahl der Befragten eignet sich für den gewählten Ansatz. Sowohl die Teilnehmenden als auch das Setting werden kaum beschrieben. Da die befragten Personen das Phänomen selber erleben, eignen sie sich als Informantinnen und Informanten. Die Datenerhebung wird verständlich dargestellt und die im Interview gestellten Fragen sind aufgeführt. Weder die Datensättigung noch die Selbstbestimmung der Probandinnen und Probanden werden diskutiert. Die Datenanalyse wird schrittweise nachvollziehbar erklärt und referenziert, was sie glaubwürdig wirken lässt. Die Dokumentation von analytischen Entscheidungen ist nicht gegeben und ethische Fragen werden nicht diskutiert. Die Ergebnisse werden in inhaltlich unterschiedlichen Kategorien präsentiert und mit zahlreichen Zitaten bestärkt, wodurch die Reichhaltigkeit der Daten reflektiert wird. Die Ergebnisse sind im Kontext verankert und stellen das Phänomen als Ganzes dar. Es wird die Anzahl der Befragten angegeben, die eine bestimmte Kategorie im Interview genannt haben. Es wurden keine neuen Modelle erstellt. Die Diskussion fasst die wichtigsten Aussagen der befragten Kinder zusammen und das Forschungsziel konnte erreicht werden. Dadurch entsteht ein besseres Verständnis für das Phänomen. Diese Ergebnisse sind für die Pflege relevant, was in den Implikationen für die Praxis aufgezeigt wird. Evidenz-level der Studie ist nach DiCenso et al. (2005) Stufe 1.

Die Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1985) werden wie folgt beurteilt: Die Bestätigung ist nicht gewährleistet, da keine externe Begleitperson erwähnt wird. Die Zuverlässigkeit wird durch regelmässige Vergleiche zwischen den Kategorien erreicht. Die Glaubwürdigkeit ist nicht vorhanden, da weder Triangulationen noch peer debriefings beschrieben werden. Übertragbarkeit ist dadurch gesichert, als dass die Ergebnisse durch eine detaillierte Beschreibung nachvollziehbar sind und mit zahlreichen Zitaten präsentiert werden.

5.2 Diskussion der Inhalte

Wie im Einführungsteil erwähnt, erfolgt die Diskussion der Ergebnisse unter anderem anhand der Familienzentrierten Pflege nach Wright und Leahey (2014). Dafür werden das Calgary-Familien-Assessment-Modell (CFAM) und das Calgary-Familien-Interventions-Modell (CFIM) miteinbezogen. Dies wird in den Kategorien *Erleben*, *Bedürfnis* und *Intervention* sowie den jeweiligen Unterkategorien erfolgen.

5.2.1 Erleben der Kinder

Das Erleben der Kinder wird im Folgenden in den Kategorien *Angst* und *anderen Emotionen*, *Kommunikation*, *Wissen* sowie *Alltag* diskutiert.

Angst und andere Emotionen

Angst hat in fast allen Studien Einfluss, wie die Angst vor dem Tod des erkrankten Elternteils bei Bugge et al. (2008), Finch und Gibson (2009), Fitch und Abramson (2007) und Zahlis (2001). Auch Semple und McCaughan (2013), Paschen et al. (2006) sowie Ellis, Wakefield, Antill, Burns und Patterson (2017) haben die Angst vor dem möglichen Tod des Elternteils diskutiert. Die Angst davor, die Eltern durch Fragen zu verärgern, wird in Kennedy und Lloyd-Williams (2009) erwähnt. Barnes, Burke, Lee, Jones und Stein (2000) stellten dazu fest, dass auch die Eltern in der Kommunikation mit ihren Kindern über die Krankheit verunsichert sind, was die Kommunikation erschwert. Kristjanson, Chalmers und Woodgate (2004) bemerkten, dass bei den befragten Kindern die Eltern die erste Informationsquelle darstellten. Insbesondere Väter gelten als „Informations-Interpreten“, erklären und bestärken also Informationen. Dies steht im Gegensatz zu den Erkenntnissen von Kennedy und Lloyd-Williams (2009), wo Mütter vor allem als Gesprächspartner über die Krankheit gewählt wurden, egal, ob diese an Krebs erkrankt war oder nicht.

Angst hat zur Folge, dass sich die Kinder nicht trauen, ihre Bedürfnisse zu äussern, was wiederum darin resultiert, dass sie sich isoliert und alleine fühlen (Finch & Gibson, 2009). Zahlis (2001) thematisiert, welche Ängste und Sorgen die Kinder erlebt haben. Daraus lassen sich Schlüsse ziehen, wie Angst wiederum Gefühle wie Wut, Schuldgefühle oder Traurigkeit verursachen können. Von der Krebserkrankung eines Elternteils zu erfahren, löste in vielen Kindern Emotionen wie Angst, Ungewissheit oder Unsicherheit aus. In der

Forschungsarbeit von Giesbers, Verdonck-de Leeuw, van Zuuren, Kleverlaan und van der Linden (2010) konnten dieselben Emotionen wie Angst, Traurigkeit, Wut oder Schuldgefühle oder Ungewissheit bei den Kindern festgestellt werden. Auch Grabiak, Bender und Puskar (2007) haben in ihrem Review festgehalten, dass Kinder mit den bereits genannten Emotionen konfrontiert werden. Dies lässt sich mit der Funktionsebene, genauer der emotionalen Kommunikation, des CFAM nach Wright und Leahey (2014) verbinden. Diese beinhaltet sämtliche Emotionen wie Angst, Traurigkeit, Schuldgefühle oder Unsicherheit, welche offen von den Kindern und der Familie gezeigt werden oder von den Pflegefachpersonen wahrgenommen werden können (Wright & Leahey, 2014). Finch und Gibson (2009) erwähnten, dass manche Kinder im Krankenhaus das Gefühl hatten, nur eine von vielen Familien mit Krebs zu sein. Dazu konnte keine weitere Literatur gefunden werden.

Kommunikation

In der *Kommunikation* wurde es von den Kindern als hilfreich empfunden, wenn ihnen jemand zuhörte und Verständnis für ihre Situation zeigte (Wong et al., 2010). Ausserdem zeigten die Ergebnisse der bearbeiteten Studien, dass eine offene Kommunikation als positiv erlebt wurde, was auch Maynard, Patterson und Stevens (2013) beschrieben haben. Spira und Kenemore (2000) stellten fest, dass je mehr über die Krankheit gesprochen wurde, es jungen Frauen umso leichter fiel, sich von der Situation zu distanzieren und anschliessend wieder damit verbinden zu können. Hingegen wird es als destruktiv erachtet, wenn keine adressatengerechte Informationsweitergabe gemacht wird (Kennedy & Lloyd-Williams, 2009). Niemelä, Väisänen, Marshall, Hakko und Räsänen (2010) bekräftigen ebenfalls die Wichtigkeit eines dem Alter des Kindes angepassten Informationsflusses. Das Phänomen der adressatengerechten Kommunikation findet sich im verbalen Kommunikationsbereich der Funktionsebene des CFAM nach Wright und Leahey (2014) wieder. In dieser wird die Bedeutung von mündlichen oder schriftlichen Botschaften der Kinder und der Familie besprochen. Es soll darauf geachtet werden, dass das gesagt wird, was auch gemeint ist und dies auch an den korrekten Empfänger gesendet wird (Wright & Leahey, 2014). Kennedy und Lloyd-Williams (2009) berichten über die Kommunikation in anonymen Chatrooms, bei denen sich die Kinder mit anderen

Betroffenen austauschen konnten, was als hilfreich erachtet wurde. Giesbers et al. (2010) untersuchten Themen aus Foren, wo Angehörige von Krebskranken über alles diskutieren konnten. Das Internet wurde dabei als Möglichkeit angesehen, über Gefühle sprechen und dabei anonym bleiben zu können. Bei Fitch und Abramson (2007) empfanden es die Kinder als hilfreich, sowohl mit den Eltern als auch mit Gesundheitsfachpersonen über die Krankheit zu sprechen. Zahlreiche andere Forschungsarbeiten, wie jene von Landry-Dattée, Boinon, Roig, Bouregba, Delaigue-Cosset und Dauchy (2016), Kristjanson, Chalmers und Woodgate (2004) sowie Patterson und Ranganathan (2010), beschreiben ebenfalls das Bedürfnis der Kinder nach Informationen über die Krankheit, die Behandlung oder allgemeine Auskünfte.

Wissen

Das *Wissen* der Kinder über die Krankheit war kaum vorhanden und ein Verständnis für Krebs fehlte. Meist wussten die Kinder zu Beginn der Diagnose nur, dass Krebs töten kann (Finch & Gibson, 2009). Semple und McCaughan (2013) stellten ebenfalls fest, dass nicht alle Kinder über ein Grundwissen zum Thema Krebs verfügten. Finch und Gibson (2009) haben gezeigt, dass sich viele Kinder ihre Informationen aus Büchern oder dem Internet suchten und Freunde fragten. Das selbstständige Suchen von Informationen in verschiedenen Medien wird auch von Kennedy und Lloyd-Williams (2009) sowie Bugge et al. (2008) thematisiert. Weiterführende Literatur, die das eigenständige Recherchieren unterstützen oder dagegen stimmen konnte nicht gefunden werden. Bei Furlong (2017) hat das Wissen der Kinder die Folge, dass sie lernten, die Krankheit einzuschätzen und dadurch besser mit der Situation umgehen konnten. Laut Finch und Gibson (2009) werde Krebs mit der Zeit ein Bestandteil im Leben der Betroffenen, was auch Helseth und Ulfset (2003) beschrieben haben. Der negative Einfluss der Medien auf Krebs wurde in Kennedy und Lloyd-Williams (2009) thematisiert. Forrest, Plumb, Ziebland und Stein (2006) zeigten, dass Kinder durch das Fernsehen vieles über die Krankheit lernen konnten. Andere Kinder wurden durch die Werbung negativ beeinflusst, wenn inzwischen verstorbene krebskranke Menschen gezeigt wurden. Ein Familiengespräch im Sinne des CFIM nach Wright und Leahey (2014) kann Aufschluss über mögliche Lösungen zum Problem der Wissensweitergabe bieten. Die Familie kann während des Gesprächs über ihr Erleben und

ihr Befinden mit der Krankheit sprechen. Es kann herausgefunden werden, wer welche Bedürfnisse hat und wie diese erfüllt werden können (Wright & Leahey, 2014).

Alltag

Laut Furlong (2017) stellten die Kinder Veränderungen im *Alltag* fest. Dasselbe Phänomen wird bei Thastum et al. (2008) beschrieben, wobei ergänzt wird, dass die Kinder ein hohes Mass an Empathie mit den Vätern aufzeigen, da diese mit neuen Aufgaben konfrontiert sind. Die instrumentelle Funktion aus dem CFAM nach Wright und Leahey (2014) beinhaltet die Aktivitäten des Täglichen Lebens (ATLs) und lässt sich hier gut anwenden. Die instrumentellen ATLs wie schlafen, essen, Schule und Therapien treten meist häufiger auf, wenn ein Familienmitglied krank ist und sind deshalb von grösserer Bedeutung. Zudem löst die Erkrankung eines Elternteils häufig eine Ablaufveränderung oder Umverteilung der ATLs aus, wovon auch die Kinder betroffen sind (Wright & Leahey, 2014). Veränderungen in der Rollenverteilung innerhalb der Familie werden auch in Semple et al. (2013), Giesbers et al. (2010) sowie Helseth und Ulfset (2003) beschrieben. Laut Su und Ryan-Wenger (2007) und Maynard et al. (2013) findet zusätzlich ein negativer Wandel im sozialen Umfeld der Kinder statt, wie das Zurückziehen aus sozialen Beziehungen oder ein Interessenverlust an Aktivitäten ausserhalb der Familie. Die befragten Kinder bei Wong et al. (2010) schätzten die Unterstützung und Bestärkung in der Schule, wobei Finch und Gibson (2009) festgestellt haben, dass die Schule von gut bis gar nicht über die Krankheit des Elternteils informiert war. Es wird unterschieden zwischen der Schule als Ort, wo alles normal ist und dem Bedürfnis, von der Lehrperson auf die Situation angesprochen zu werden. Im Allgemeinen wünschten sich Kinder oftmals, dass der Alltag so normal wie möglich bleiben soll (Wong et al., 2010).

5.2.2 Bedürfnisse der Kinder

Die Bedürfnisse der Kinder werden im Folgenden in den Kategorien *Kommunikation*, *Information* und *Coping* diskutiert.

Kommunikation

Finch und Gibson (2009) berichten darüber, dass die Kinder frühzeitig über die Diagnose des Elternteils informiert werden wollten. Zur gleichen Erkenntnis sind auch Kristjanson et al. (2004) gekommen. Weitere Studien wie Kennedy und Lloyd-Williams (2009), Wong et al. (2010) und Thastum et al. (2008) stellten ein Bedürfnis nach offener Kommunikation, Transparenz und Ehrlichkeit fest. Im Familiengespräch, wie im CFIM nach Wright und Leahey (2014) beschrieben ist, lässt sich herausfinden, wie die Eltern die Kommunikation gestalten möchten oder weshalb sich die Kinder nicht getraut haben, eine bestimmte Frage zu stellen. Hier kann es ebenfalls hilfreich sein, nach den Bedürfnissen der einzelnen Familienmitglieder zu fragen. Auf der Interventionsebene lassen sich auch zirkuläre Fragen anwenden, bei denen die Familienmitglieder gezwungen sind, sich in die Lage der anderen zu versetzen (Wright & Leahey, 2014). Offene Kommunikation wird auch von Maynard et al. (2013) sowie von Spira und Kenemore (2000) empfohlen. Die befragten Kinder wünschten keine gefilterten Informationen, wollten dennoch die Bestätigung, dass alles gut ist (Kennedy & Lloyd-Williams, 2009). Laut Kristjanson et al. (2004) wünschten die betroffenen Kinder individuelle, auf sie abgestimmte Informationen. Dies konnte mehr oder weniger Informationen über Krankheitsverlauf und Prognose beinhalten. Die befragten Kinder bei Finch und Gibson (2009) sowie Kennedy und Lloyd-Williams (2009) äusserten den Wunsch, auch ausserhalb der Familie über den Krebs zu sprechen, sei es mit Gleichaltrigen, mit denen sie sich identifizieren konnten oder allgemein mit jemandem, der nicht der Familie angehörte. Kristjanson et al. (2004) sowie Patterson et al. (2010) bestätigten, dass sich Kinder jemanden ausserhalb der Familie zu sprechen wünschten, die oder der dasselbe erlebt hat. Die Kommunikation über die Krankheit ist wichtig für die Entwicklung von Handlungsstrategien (Thastum et al., 2008). Zum selben Resultat sind auch Kristjanson et al. (2004) sowie Su und Ryan-Wenger (2007) gekommen, dass Kommunikation einen wesentlichen Einfluss auf das Entwickeln von Copingstrategien bei Kindern hat.

Information

Die richtigen Informationen zu erhalten, um die Krankheit einschätzen zu können, war für die Kinder wichtig (Bugge et al., 2008; Wong et al., 2010). Bugge et al. (2008) sowie Fitch und Abramson (2007) stellten fest, dass vor allem ältere Kinder zwischen 13 und 19 Jahren auf Informationssuche gegangen sind. Für die Kinder bei Finch und Gibson (2009) war es wichtig, von Anfang an dabei zu sein und über alle behandlungsrelevanten Abläufe informiert zu sein. Das Familiengespräch im Sinne des CFIM nach Wright und Leahey (2014) kann so eingesetzt werden, dass man die Familie über ihre Krankheitsgeschichte und ihren Umgang damit erzählen lässt. Diese Informationen sind wichtig, um die persönliche Verarbeitung zu verstehen. Wenn ein Informationsaustausch gewünscht wird, kann die Pflegefachperson auch als Hauptinformationsquelle angesehen werden. Auch Information dient als Intervention für die Familie (Wright & Leahey, 2014). Kennedy und Lloyd-Williams (2009) haben Ähnliches festgestellt, wobei die Kinder zusätzlich wissen wollten, wie sie ihre Eltern unterstützen können. Auch Faulkner und Davey (2002) zeigten auf, dass das Bedürfnis, die Eltern unterstützen zu wollen, vorhanden ist. Thastum et al. (2008) stellten dasselbe Bedürfnis fest. Ausserdem wollten die Kinder wissen, was mit dem erkrankten Elternteil im Krankenhaus passiert (Thastum et al., 2008).

Coping

Bugge et al. (2008) zeigten auf, dass es wichtig ist, den Familien ihre Stärken aufzuzeigen und ihnen zu verstehen zu geben, dass jedes einzelne Mitglied für die Familie wertvoll und wichtig ist. Die zirkuläre Kommunikation der Funktionsebene des CFAM nach Wright und Leahey (2014) kann dazu verwendet werden, dass sich die Familienmitglieder in den anderen hineinversetzen. Dadurch sieht die Familie unterschiedliche Blickwinkel in Bezug auf die Krankheit. Zusätzliche Interventionen seitens der Pflegefachperson sind Wertschätzung und Anerkennung. Diese sollen dazu dienen, die Familie in ihrem Zusammenspiel zu bestärken und sie dafür zu würdigen, was sie bis anhin in Zusammenhang mit der Krankheit geleistet haben (Wright & Leahey, 2014). Für die Kinder war es wichtig, dass sie sich in Familiensituationen miteingeschlossen fühlen (Kennedy & Lloyd-Williams, 2009). Eine andere Copingstrategie wird in Furlong (2017) als die Akzeptanz der neuen Normalität erläutert, was sich mit den Ergebnissen einer Studie von

Maynard et al. (2013) deckt. Finch und Gibson (2009), Thastum et al. (2008) und Wong et al. (2010) berichteten darüber, dass es für einige Kinder einfacher war, die Situation zu verarbeiten, indem sie sich zurückzogen, die Situation verdrängten oder sich ablenkten. Helseth und Ulfset (2003) haben ebenfalls das Bedürfnis nach Distanz zur Krankheit aufgezeigt. Diese mögliche Copingstrategie wurde bereits in einer Forschungsarbeit von Barnes et al. (2000) beschrieben. Fitch und Abramson (2007) stellten fest, dass sich die Kinder jemanden gewünscht hätten, bei dem es in Ordnung gewesen wäre, über ihre Gefühle zu sprechen und diese zu zeigen. Stiffler, Barada, Hosei und Haase (2008) betonten ausserdem, dass der Zugang zu einer Therapeutin oder einem Therapeuten hilfreich gewesen wäre, mit dem sie über die Situation sprechen könnten, ohne Rat zu erhalten. Thastum et al. (2008) zeigte mehrere Copingstrategien auf, darunter auch "parentification" und das Wunschdenken. Dazu konnte keine weitere Literatur gefunden werden, in der die beiden Phänomene untersucht wurden.

5.2.3 Interventionen

Die Interventionen werden in den Kategorien *Kommunikation*, *Information* und *Coping* besprochen.

Kommunikation

Seitens der Pflegefachpersonen ist eine der wichtigsten Interventionen, dass mit den Eltern besprochen wird, wie die Kommunikation mit den Kindern sowie der Informationsfluss gestaltet werden sollen und welche Unterstützung die Eltern brauchen (Fitch & Abramson, 2007; Furlong, 2017; Kennedy & Lloyd-Williams, 2009; Thastum et al., 2008; Zahlis, 2001). Hierzu zeigten Turner et al. (2007), dass Pflegefachpersonen selber Wissenslücken in der Kommunikation eingestanden haben. Bugge et al. (2008) weisen darauf hin, dass Kindern die Möglichkeit gegeben werden sollte, über die Situation zu sprechen und denen, die nicht sprechen möchten, eine andere Kommunikationsmöglichkeit geboten wird. Kinder unter 10 Jahren konnten sich über Zeichnungen oder mittels schreiben besser ausdrücken. Es ist wichtig, dass die gesendete Botschaft der Kinder bei den Eltern so ankommt, wie sie gemeint ist. Die nonverbale Kommunikation, also Körperhaltung, Mimik, Gestik oder die Art der Berührungen, wie sie Wright und Leahey (2014) im CFAM beschreiben, ist ein

wichtiger Bestandteil der Kommunikation. Wright und Leahey (2014) zeigen auf, dass die nonverbale Kommunikation eng mit der emotionalen Kommunikation verbunden ist und Pflegefachpersonen nach der Bedeutung der nonverbalen Kommunikation fragen sollen, falls diese nicht mit der verbalen zusammenpasst. Dazu liess sich keine weiterführende Literatur finden. Kennedy und Lloyd-Williams (2009) und Zahlis (2001) stellten fest, dass es nötig ist, Eltern auf die Bedürfnisse ihrer Kinder hinzuweisen und ihnen zu sagen, dass sie aktiv nach Themen fragen sollen, welche die Kinder beschäftigen. Finch und Gibson (2009) sind der Ansicht, dass Pflegefachpersonen das Familiengespräch zu Krebs leiten sollten.

Information

Gesundheitsfachpersonen werden als vertrauenswürdige Quelle für Informationen angesehen (Kennedy & Lloyd-Williams, 2009). Sie sollen altersgerechte Informationsquellen und Websites oder Bücher und Filme empfehlen können (Bugge et al., 2008; Fitch & Abramson, 2007; Kennedy & Lloyd-Williams, 2009). Auch Kristjanson (2004) sowie Turner et al. (2007) beschreiben die Rolle der Pflegefachpersonen als wichtig und empfehlen weitere Quellen, damit sich Kinder selbständig informieren können. Im Familiengespräch nach Wright und Leahey (2014) kann ein individuell auf die Familie angepasster Informationsweg aufgegleist werden. Es kann besprochen werden, welche Informationen sich die Kinder wünschen und die Eltern können ihre Wünsche äussern, wie dies ablaufen soll. Es kann also abgesprochen werden, welche Informationen die Kinder auf welchem Weg erhalten sollen (Wright & Leahey, 2014). Thastum et al. (2008) legen Wert darauf, dass die Pflegefachpersonen in der Lage sind, die Eltern darin zu unterstützen, ihre Kinder über alles zu informieren. Eine individuell auf das Kind sowie dessen Reife und Alter abgestimmte Informationsabgabe erachten Wong et al. (2010) als wichtig. Zur gleichen Erkenntnis sind Su und Ryan-Wenger (2007) gekommen. Die Kinder sollen ausserdem von Anfang an miteinbezogen werden und die Eltern müssen davon ausgehen, dass die Kinder über etwas besorgt sind, auch wenn sie dies nicht zeigen (Kennedy & Lloyd-Williams, 2009; Zahlis, 2001). Auch Falkner und Davey (2002) verweisen auf die Möglichkeit, dass Kinder ihre Sorgen nicht immer mit ihren Eltern teilen.

Coping

Bei den Copingstrategien sollen die Pflegefachpersonen der Familie helfen, ihre Stärken zu erkennen und herauszufinden, wie sie diese einsetzen können (Bugge et al., 2008). Es konnte keine passende Literatur dazu gefunden werden. Es soll familienzentrierte Unterstützung geboten werden und die Pflegefachpersonen sollen die Eltern darin unterstützen, die Gedanken und Sorgen der Kinder zu erkennen oder den Kindern helfen, diese mit ihren Eltern zu teilen (Finch & Gibson, 2009; Thastum et al., 2008). Wong et al. (2010) weisen darauf hin, die Individualität der Kinder zu berücksichtigen und die Unterstützung darauf abzustimmen. Huang, O'Connor und Lee (2014) sind zu demselben Ergebnis gekommen. Die Struktur der Familie kann mittels Genoökogramm (Wright & Leahey, 2014) aufgezeigt werden. Es wird eine bildliche Darstellung der Familie gemacht, um deren Vernetzung aufzuzeigen. Dies ist nützlich, um der Familie zu zeigen, welche Beziehungsressourcen sie hat und auf welche Beziehungen die einzelnen Personen zurückgreifen können. Das Genoökogramm unterscheidet nämlich zwischen Verwandtschaft und anderen Beziehungen. Zusätzlich hilft es, die Familie als ganzes System zu erfassen, bei dem die Betroffenen selber entscheiden, wer zur Familie gehört (Wright & Leahey, 2014). Regelmässige Auseinandersetzung mit den Copingstrategien der Kinder kann auch ein Weg zum Ziel sein. Eltern sollten darauf achten, dass ein Kind auch Angst haben kann, wenn es keine Fragen zu Behandlung oder Krankheit hat (Zahlis, 2001).

5.3 Bezug zum Evidence-Based Nursing-Modell

Das Evidence-Based Nursing-Modell (EBN) nach Behrens und Langer (2010) setzt sich aus den 4 folgenden Komponenten zusammen:

- Expertise der Pflegefachpersonen
- Ergebnisse der Pflegeforschung
- Anreize, Umgebungsbedingungen
- Ziele, Vorstellungen und Handlungen des Klienten

Die Expertise der Pflegefachperson ist im Bereich des krebskranken Elternteils insofern wichtig, dass jederzeit Fragen von den Eltern und auch von den Kindern verständlich beantwortet werden können. Ausserdem muss die Pflegefachperson auch ausserhalb des Informationsbereiches in der Lage sein, die Patientin oder den Patienten kompetent zu betreuen.

Die Ergebnisse aus der Forschung, welche im Ergebnisteil ausführlich beschrieben werden, können wie folgt angewendet werden: Es wurde festgestellt, dass die Kinder von Krebspatientinnen und -patienten mehr Informationen über die Krankheit und deren Behandlung benötigen. Pflegefachpersonen können diese Informationen weitergeben. Es ist notwendig, einen klaren Kommunikationsweg mit den Kindern zu wählen, damit diese nicht das Gefühl haben, dass sie ausgeschlossen werden. Im Übrigen ist es wichtig, die gesamte Familie in ihren Copingstrategien zu bestärken und diese regelmässig zu evaluieren.

Die Umgebungsbedingungen sind mit den Ressourcen zu verbinden, welche die Pflegefachpersonen und/oder die Familien haben. Also welche Punkte erfüllt sein müssen, damit eine optimale Betreuung gewährleistet werden kann. Die Pflegefachpersonen müssen Zugang zu Fachinformationen haben, welche den Kindern zur Verfügung gestellt werden können. Sie benötigen Zeit, damit die Familie individuell betreut und ein Familiengespräch zur Klärung der Bedürfnisse und Wünsche aller Beteiligten durchgeführt werden kann.

Bei den Zielen und Vorstellungen der Patientin oder des Patienten ist es wichtig, dass die Individualität der Familie beachtet und darauf eingegangen wird, was sich die einzelnen Mitglieder wünschen. Denn nur wenn die Pflegefachpersonen wissen, was von der Patientin oder dem Patienten gewünscht ist, kann ein Pflegeplan erstellt werden, der die Kinder in ihrem Erleben und ihren Bedürfnissen unterstützen kann.

5.3 Limitationen der Arbeit

Als Limitationen der vorliegenden Arbeit können verschiedene Punkte genannt werden. Beispiele dafür wären die Fokussierung auf den Zeitraum von 2000-2017 und die Beschränkung auf Studien in englischer und deutscher Sprache. Es lässt sich nicht sagen, ob es einen Einfluss auf die Ergebnisse gehabt hätte, wenn ältere Studien berücksichtigt

worden wären. Ausserdem wurden kaum kulturellen Unterschiede beachtet, da die Studien entweder aus dem europäischen oder dem nordamerikanischen Raum stammten. Es wurde des Weiteren nicht berücksichtigt, ob die Eltern beziehungsweise Elternteile der Kinder inzwischen gestorben sind oder nicht. Die bearbeiteten Studien befinden sich alle auf Evidenz-Level 1. Die bereits vorhandenen Reviews, welche bei der Literaturrecherche gefunden wurden, wurden nicht verwendet, was ein unvoreingenommenes Herangehen an die Thematik erlaubte. Möglicherweise gingen auch relevante Treffer aufgrund der Suchmethoden, also Literaturrecherche und Schneeballsystem, verloren. Die aufgeführten Studien konnten alle kostenfrei erstanden werden. Teils war dies durch Registrationen in Datenbanken möglich, teils mittels Suche in anderen Datenbanken. Es könnten relevante Studien nicht berücksichtigt worden sein, für die man hätte bezahlen müssen.

Thematische Einschränkungen bietet die Tatsache, dass sich 3 der verwendeten Studien mit Brustkrebs von Müttern auseinandersetzten. Die Fragestellung der vorliegenden Arbeit wurde offen, also nicht auf eine bestimmte Krebsart fokussierend, formuliert. Das Geschlecht beziehungsweise die Rolle des erkrankten Elternteils hat möglicherweise ebenfalls Einfluss auf die Ergebnisse. Ein grösser angelegter Fokus auf Väter, die erkrankt sind, hätte möglicherweise andere Ergebnisse aufgezeigt. Jüngere Kinder können möglicherweise ihre eigenen Emotionen noch gar nicht benennen oder Bedürfnisse ausdrücken, was die Beantwortung der Fragestellung zusätzlich erschwert.

Weitere Einschränkungen sind, dass sich die Ergebnisse nicht auf jedes Kind mit einem krebskranken Elternteil anwenden lassen. Auch wenn in diversen Studien ähnliche Feststellungen gemacht wurden, ist die Individualität zu beachten. Es ist nicht ausgeschlossen, dass in der Übersetzung der Studien und der Übernahme der Inhalte in die vorliegende Arbeit Fehler unterlaufen sind.

6 Praxistransfer

In den folgenden Abschnitten wird die zu Beginn der Arbeit gestellte Frage beantwortet und Implikationen für die Praxis gegeben. Daraus folgen offene Fragen und Schlussfolgerungen.

6.1 Theorie-Praxis-Transfer

In der Begegnung mit Familien, welche einen krebskranken Elternteil haben, ist es für Pflegefachpersonen zentral, der Familie in ihrer Ganzheit zu begegnen und dabei die individuellen Bedürfnisse der Kinder zu berücksichtigen. Das Genoökogramm nach Wright und Leahey (2014) ermöglicht eine übersichtliche Darstellung der ganzen Familie sowie deren Umfeld und zeigt vorhandene Ressourcen auf. Verschiedene Frageformen aus der Familienzentrierten Pflege, wie beispielsweise lineare oder zirkuläre Fragen, helfen Pflegefachpersonen, in Familiengesprächen die Probleme der Familie zu erkennen und erdenkliche Lösungen dafür zu ermitteln. Die Eltern sind auf mögliche Emotionen wie beispielsweise Wut, Trauer oder Angst hinzuweisen, die ein Kind jedoch nicht unbedingt zeigen muss. Auch sollte mit den Eltern besprochen werden, ob die Pflegefachperson alleine auf die Kinder zugehen sollte oder ob die Eltern in ihrer Begegnung mit den Kindern begleitet werden sollen. Kommunikation stellt daher einen zentralen Punkt dar, wenn Familien mit krebskranken Eltern betreut werden. So sollten Pflegefachpersonen auch mit den Eltern besprechen, welche Informationen Kinder durch wen und in welcher Form erhalten sollten. Der Miteinbezug und die Berücksichtigung der Wünsche und Ziele der Eltern sowie die Expertise der Pflegefachperson zur Weitergabe von Informationen stellen wichtige Interventionen dar. Das aktuelle Forschungswissen über das Erleben und mögliche Bedürfnisse von Kindern krebskranker Eltern ist für Pflegefachpersonen unabdingbar (Behrens & Langer, 2010). So können diese Kinder zum Beispiel in Form eines Supportprogramms mit unterschiedlichen Einzel- oder Gruppengesprächen unterstützt werden. Die Stiftung Pro beispielsweise bietet Gruppen zum Austausch von Erfahrungen oder Gefühlen von Jugendlichen mit einem krebskranken Elternteil an (Stiftung Pro, 2018). Hier wäre auch das Miteinbeziehen des psychologischen Dienstes denkbar, damit Kinder über ihre Situation sprechen können. Jugendliche sollten auch mit Hilfe von empfohlenen Quellen der Pflegefachpersonen (wie zum Beispiel Internetseiten

der Krebsliga oder Famoca (Family online counseling for families with parental cancer)) eigene Recherchen zum Thema Krebs durchführen können. Auf der Internetseite der Krebsliga Schweiz sind ausserdem Links zu einem online Chat-Room sowie die Telefonnummer des Krebstelefons und Informationsbroschüren hinterlegt. Bei jüngeren Kindern kann die Kommunikation durch Malen oder Schreiben erleichtert werden, indem beispielsweise eine Sorgenkiste gebastelt wird. Das Kind malt oder schreibt seine Ängste oder Sorgen auf und legt sie in die Kiste. Die Sorgenkiste kann dann zusammen mit den Eltern oder Pflegefachpersonen angeschaut und besprochen werden (Famoca, 2018). Auch Bilderbücher, wie beispielsweise „Manchmal ist Mama müde“ (Alder & Loschnigg-Barman, 2011) oder „Und was kommt dann?“ von Stalfet (2009) sollen Kindern helfen, die Krankheit Krebs verstehen oder mit dem Verlust eines Elternteils umgehen zu können. Damit die vorhandenen Copingstrategien unterstützt werden können, kann das Aufzeichnen eines Zeitstrahls mit Meilensteinen, hilfreichen Copingstrategien und erlebten Emotionen hilfreich sein. Das Erstellen eines Posters, auf dem rückblickend hilfreiche Dinge aufgezeichnet, –geklebt oder –gemalt werden, soll Kindern helfen, nützliche Copingstrategien auch künftig anzuwenden (Famoca, 2018). Um mit Veränderungen im Alltag umgehen zu können, bietet die Internetseite der Famoca sowohl für die Eltern wie auch für Jugendliche und kleinere Kinder zahlreiche Tipps und Informationen (Famoca, 2018).

6.2 Beantwortung der Fragestellung

Ziel der vorliegenden Bachelorarbeit war es, die Erfahrungen und Bedürfnisse von Kindern aufzuzeigen, welche die Krebserkrankung eines Elternteils erleben. Mit Hilfe eines erstellten Modells konnten die zentralen Aspekte des Erlebens aufgezeigt werden. Aus den Ergebnissen abgeleitete Interventionen setzen jedoch oft bei den Eltern und nicht direkt bei den Kindern an. Eine mögliche Intervention, welche Pflegefachpersonen in direktem Kontakt mit den Kindern durchführen können, besteht in der Weitergabe von Informationen und anderen zuverlässigen Quellen. Beispiele hierfür sind die Internetseite der Krebsliga oder Famoca sowie Bücher zu Krebs, die speziell für Kinder oder Jugendliche geschrieben wurden. Die zu Beginn formulierte Fragestellung konnte aus folgendem Grund nicht abschliessend beantwortet werden: Aufgrund der Persönlichkeiten der einzelnen Kinder

unterscheiden sich deren Erleben und die Bedürfnisse. Folglich sind auch die gefundenen Interventionen nicht auf alle Kinder gleich anwendbar. Die erarbeiteten Interventionen lassen sich trotzdem mit den Grundsätzen der Familienzentrierten Pflege (Wright & Leahey, 2014) verbinden.

6.3 Schlussfolgerung und Ausblick

Familien mit einem krebskranken Elternteil werden mit vielen Veränderungen wie neuen Rollenverteilungen, Ängsten, Unsicherheiten oder noch nie da gewesenen Kommunikationsschwierigkeiten konfrontiert, wobei Kinder gleichsam davon betroffen sind. Die Familie als System wahrzunehmen und diese als solches in der Behandlung zu berücksichtigen, ist dabei essenziell. Die Familienzentrierte Pflege nach Wright und Leahey (2014) kann Pflegefachpersonen helfen, Familien in einer Krankheitssituation wie Krebs zu unterstützen. Die Kinder sollen die Krankheit verstehen und Bedürfnisse äussern können, wobei ihnen Pflegefachpersonen helfen, eigene Copingstrategien zu entwickeln und sich Wissen anzueignen. Eine offene Kommunikation sowohl zwischen Pflegefachperson und Familie sowie innerhalb der Familie stellt dabei ein zentrales Element der Familienzentrierten Pflege dar. Offene Fragen sind beispielsweise, inwiefern sich Unterschiede im Erleben und in den Bedürfnissen zwischen den Geschlechtern finden lassen und welchen Einfluss dabei der soziale Status oder der Bildungsstand der Eltern und Kinder haben. Des Weiteren stellt sich die Frage, ob je nach Krebsart Differenzen im Erleben festgestellt werden können. Das Thema „Kinder krebskranker Eltern“ bedarf weiterer Forschung und Erarbeitung geeigneter Interventionen, damit die Kinder in dieser schwierigen Zeit optimal unterstützt werden können. In Bezug auf künftige Forschung muss darauf geachtet werden, dass das Erleben der Kinder im Mittelpunkt steht und die Informationen auch direkt von Kindern stammen. In der existenten Forschung wurden bis anhin häufiger die Eltern befragt als die Kinder. Es können nur aussagekräftige Ergebnisse geliefert werden, wenn diese direkt von den betroffenen Kindern gegeben werden.

Literaturverzeichnis

- Aigner, K.R., Aigner, K., Allen-Mersh, T., Hortobagyi, G., Khayat, D., Picksley, S., Stephens, F., Sugarbaker, P., Taguchi, T., Thompson, J. (2016). *Onkologie Basiswissen*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Alder, J., & Loschnigg-Barmann, A.-C. (2009). *Manchmal ist Mama müde: Ein Kinderbuch zum Thema Brustkrebs* (2. Auflage). Basel: EMH Schweizerischer Ärzteverlag.
- Arber, A. (2016). How do Nurses “Think Family” and Support Parents Diagnosed with Cancer Who Have Dependent Children? *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 3(3), 214–217. doi: 10.4103/2347-5625.189809
- Barnes, J., Kroll, L., Lee, J., Stein, A., Burke, O., & Jones, A. (2000). Qualitative interview study of communication between parents and children about maternal breast cancer. *BMJ*, 173(479), 479–481. doi: 10.1136/bmj.321.7259.479
- Beduerfnis. (n.d.). In *Duden*. Heruntergeladen von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Beduerfnis>
- Behrens, J., & Langer, G. (2010). *Handbuch Evidence-Based Nursing*. Bern: Huber.
- Bugge, K. E., Helseth, S., & Darbyshire, P. (2008). Children’s Experiences of Participation in a Family Support Program When Their Parent Has Incurable Cancer. *Cancer Nursing*, 31(6), 426–434. doi: 10.1097/01.NCC.0000339250.83571.b0
- Bundesamt für Statistik. (2017). *Krebsmortalität, Krebs insgesamt*. Heruntergeladen von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/krankheiten/krebs.html>
- DiCenso, A., Guyatt, G., & Ciliska, D. (2005). *Evidence-Based Nursing : A Guide to Clinical Practice*. St. Louis Mo.: Elsevier.
- Ellis, S. J., Wakefield, C. E., Antill, G., Burns, M., & Patterson, P. (2016). Supporting children facing a parent’s cancer diagnosis: a systematic review of children’s psychosocial needs

and existing interventions. *European Journal of Cancer Care*, 26(1), 1–22.

doi: 10.1111/ecc.12432

FAMOCA. (2018). FAMOCA: Ein Unterstützungsangebot für Familien, bei denen ein Elternteil an Krebs erkrankt ist. Heruntergeladen von <http://www.famoca.ch/>

Faulkner, R. A., & Davey, M. (2002). Children and Adolescents of Cancer Patients: The Impact of Cancer on the Family. *The American Journal of Family Therapy*, 30, 63–72.

doi: 10.1080/019261802753455651

Finch, A., & Gibson, F. (2009). How do young people find out about their parent's cancer diagnosis: A phenomenological study. *European Journal of Oncology Nursing*, 13, 213–222. doi: 10.1016/j.ejon.2009.03.010

Fitch, M. I., & Abramson, T. (2007). Information needs of adolescents when a mother is diagnosed with breast cancer. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 17(01), 16–20.

doi: 10.5737/1181912x1711620

Forrest, G., Plumb, C., Ziebland, S., & Stein, A. (2006). Breast cancer in the family—children's perceptions of their mother's cancer and its initial treatment: qualitative study. *BMJ*, 332(7548), 998–1003. doi: 10.1136/bmj.38793.567801.AE

Furlong, E. P. (2017). Protecting - A Grounded Theory Study of Younger Children's Experiences of Coping With Maternal Cancer. *Cancer Nursing*, 40(1), 13–21.

doi: 10.1097/NCC.0000000000000345

Giesbers, J., Verdonck-de Leeuw, I. M., van Zuuren, F. J., Kleverlaan, N., & van der Linden, M. H. (2010). Coping with parental cancer: web-based peer support in children. *Psycho-Oncology*, 19, 887–892. doi: 10.1002/pon.1636

Goller, H. (2009). *Erleben, Erinnern, Handeln. Eine Einführung in die Psychologie und ihre philosophischen Grenzfragen*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Gabiak, B. R., Bender, C. M., & Puskar, K. R. (2007). The impact of parental cancer on the adolescent: An analysis of the literature. *Psycho-Oncology*, 16, 127–137.

doi: <https://doi.org/10.1002/pon.1083>

- Grant, M., & Ferrell, B. (2012). Nursing Role Implications for Family Caregiving. *Seminars in Oncology Nursing*, 28(4), 279–282. doi: 10.1016/j.soncn.2012.09.011
- Helseth, S., & Ulfset, N. (2003). Having a Parent With Cancer. Coping and Quality of Life of Children During Serious Illness in the Family. *Cancer Nursing*, 26(5), 355–362.
Heruntergeladen von https://journals.lww.com/cancernursingonline/Abstract/2003/10000/Having_a_Parent_With_Cancer__Coping_and_Quality_of.3.aspx
- Huang, X., O'Connor, M., & Lee, S. (2014). School-aged and adolescent children's experience when a parent has non-terminal cancer: a systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. *Psycho-Oncology*, 23, 493–506. doi: 10.1002/pon.3457
- Kennedy, V. L., & Lloyd-Williams, M. (2009). Information and communication when a parent has advanced cancer. *Journal of Affective Disorders*, 114, 149–155.
doi: 10.1016/j.jad.2008.06.022
- Krebsliga Schweiz. (2018). Cancerline - Der Chat für Kinder und Jugendliche zu Krebs.
Heruntergeladen von <https://www.krebsliga.ch/beratung-unterstuetzung/meine-frage-zu-krebs/chat/cancerline-der-chat-fuer-kinder-und-jugendliche-zu-krebs/>
- Krebsliga Schweiz. (2013). *Wenn Eltern an Krebs erkranken - mit Kindern darüber reden*. (2. Auflage). Bern.
- Kristjanson, L. J., Chalmers, K. I., & Woodgate, R. (2004). Information and Support Needs of Adolescent Children of Women With Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 31(1),
doi: 10.1188/04.ONF.111-119
- Landry-Dattée, N., Boinon, D., Roig, G., Bouregba, A., Delaigue-Cosset, M.-F., & Dauchy, S. (2016). Telling the Truth...With Kindness. Retrospective Evaluation of 12 Years of Activity of a Support Group for Children and Their Parents With Cancer. *Cancer Nursing*, 39(2), 10–18. doi: 10.1097/NCC.0000000000000262
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. London / New Delhi: Sage.
- LoBiondo-Wood, G., & Haber, J. (2005). *Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung*. München: Urban & Fischer.

- Maynard, A., Patterson, P., & Stevens, G. (2013). What Is helpful to Adolescents Who Have a Parent Diagnosed with Cancer? *Journal of Psychosocial Oncology*, 31, 675–697.
doi: 10.1080/07347332.2013.835021
- Niemelä, M., Väisänen, L., Marshall, C., Hakko, H., & Räsänen, S. (2010). The Experiences of Mental Health Professionals Using Structured Family-Centered Interventions to Support Children of Cancer Patients. *Cancer Nursing*, 33(6), 18–27.
doi: 10.1097/NCC.0b013e3181ddfc5
- Paschen, B., Saha, R., Baldus, C., Haagen, M., Pott, M., Probst, P., & Romer, G. (2006). Evaluation eines präventiven Beratungskonzeptes für Kinder körperlich kranker Eltern. *Psychotherapeut*, 52, 265–272. doi: 10.1007/s00278-006-0525-7
- Patterson, P., & Ranganathan, A. (2010). Losing a parent to cancer: A preliminary investigation into the needs of adolescents and young adults. *Palliative and Supportive Care*, 8, 255–265. doi: 10.1017/S1478951510000052
- Semple, C. J., & McCaughan, E. (2013). Family life when a parent is diagnosed with cancer: impact of a psychosocial intervention for young children. *European Journal of Cancer Care*, 22, 219–231. doi: 10.1111/ecc.12018
- Spira, M., & Kenemore, E. (2000). Adolescent daughters of mothers with Breast cancer: impact and implications. *Clinical Social Work Journal*, 28(2), 183–195.
doi: 10.1023/A:1005106301713
- Stalfelt, P., & Kircherer, B. (2009). *Und was kommt dann? Das Kinderbuch vom Tod* (13. Auflage). Frankfurt / Main: Moritz Verlag.
- Stiffler, D., Barada, B., Hosei, B., & Haase, J. (2008). When Mom has Breast Cancer: Adolescent Daughters' Experiences of Being Parented. *Oncology Nursing Forum*, 35(6), 933–940. doi: 10.1188/08.ONF.933-940
- Su, Y., & Ryan-Wenger, N. A. (2007). Children's Adjustment to Parental Cancer. A Theoretical Model Development. *Cancer Nursing*, 30(5), 362–381.
doi: 10.1097/01.NCC.0000290817.37442.e6

- Thastum, M., Birkelund Johansen, M., Gubba, L., Berg Olesen, L., & Romer, G. (2008). Coping, Social Relations, and Communication: A Qualitative Exploratory Study of Children of Parents with Cancer. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(1), 123–138. doi: 10.1177/1359104507086345
- Turner, J., Clavarino, A., Yates, P., Hargraves, M., Connors, V., & Hausmann, S. (2007). Oncology nurses' perceptions of their supportive care for parents with advanced cancer: challenges and educational needs. *Psycho-Oncology*, 16, 149–157. doi: 10.1002/pon.1106
- Wong, M. L., Cavanaugh, C. E., MacLeamy, J. B., Sojourner-Nelson, A., & Koopman, C. (2009). Posttraumatic Growth and Adverse Long-Term Effects of Parental Cancer in Children. *Families, Systems & Health*, 27(1), 53–63. doi: 10.1037/a0014771
- Wong, M., Ratner, J., Gladstone, K. A., Davtyan, A., & Koopman, C. (2010). Children's Perceived Social Support After a Parent Is Diagnosed with Cancer. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 17, 77–86. doi: 10.1007/s10880-010-9187-2
- World Health Organisation. (2017). *Cancer*. Heruntergeladen von <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
- World Health Organisation. (2017). *Data and Statistics*. Heruntergeladen von <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/data-and-statistics>
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2014). *Familienzentrierte Pflege*. (B. Preusse, Ed.). Bern: Huber.
- Zahlis, E.H. (2001). The Child's Worries About the Mother's Breast Cancer: Sources of Distress in School-Age Children. *Oncology Nursing Forum*, 28(6), 1019–1025. Heruntergeladen von <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=05cd0f21-23a7-4d889f1bf31c79649d95%40sessionmgr103&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%-3d%3d#AN=9522466&db=hch>

Abbildungsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Abbildung 1: Kategorien | 4 |
| Abbildung 2: Genogramm..... | 5 |
| Abbildung 3: Flussdiagramm | 10 |
| Abbildung 4: Haupt- und Subkategorien aus den Ergebnissen der Literaturrecherche . | 15 |

Tabellenverzeichnis

| | |
|---|----|
| Tabelle 1: Keywords für die Literaturrecherche..... | 7 |
| Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien Literaturrecherche..... | 9 |
| Tabelle 3: Studiendarstellung..... | 12 |

Wortzahl

Wortzahl des Abstracts: 193

Wortzahl der Arbeit: 11'742

Danksagung

Wir bedanken uns bei Brigitte Fuchs-Eschmann für die kompetente, engmaschige Betreuung und das kontinuierliche Feedback.

Ein herzliches Dankeschön geht an Christian Holliger für die rasche Korrektur und die positive Rückmeldung. Wir bedanken uns auch bei weiteren Gegenlesern für das Feedback und die wertvollen Inputs.

Ein ganz grosser Dank geht an unsere Lebenspartner - Jérôme Müller und Urs Waldvogel - für das Verständnis und die Geduld sowie die Unterstützung in dieser stressigen Schaffenszeit. Wir danken auch unseren Familien für das Korrekturlesen und die vielen Mutzusprechungen.

Eigenständigkeitserklärung

Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.

Winterthur, 27.04.2018

Cynthia Bär

Melina Comuzzo

Anhang

Anhang A – Studiendarstellungen

Zusammenfassung der Studie:

Children's Experiences of Participation in a Family Support Program When Their Parent Has Incurable Cancer (Bugge, K.E., Helseth, S., Darbyshire, P. 2008)

| Einleitung | Methode | Ergebnisse | Diskussion |
|--|---|--|--|
| <p>Die Studie handelt von Kindern, die einen Elternteil haben, welcher unheilbar an Krebs erkrankt ist.</p> <p>Hintergrund: Kinder, die einen an Krebs erkrankten Elternteil haben, leben vor allem während der letzten Phase der Erkrankung mit Angst, Kummer, Rückzug oder Schuldgefühlen. Die Reaktionen dieser Kinder sind sehr unterschiedlich, wobei auch das Alter eine Rolle spielt. So verstehen Kinder zwischen 6 und 8 Jahren oft die Ursachen oder Wirkung von Krankheit und Therapie, sind emotional, können diese Emotionen jedoch nicht einordnen. Kinder zwischen 9 und 11 Jahren hingegen verstehen Ursachen, möchten jedoch keine Gefühle zulassen. Jugendliche zwischen 12 und 18 Jahren erleben oftmals einen Konflikt zwischen Autonomie und dem kranken Elternteil Unterstützung bieten.</p> <p>Einer Studie zufolge ist Kommunikation für die Anpassung der Kinder an die Situation wichtig. In einer weiteren Studie konnte gezeigt werden, dass Kinder, die vorgängig über die Erkrankung informiert worden sind, einen tieferen Angst-Level aufzeigten als solche, die nicht informiert wurden.</p> <p>Das „Family Support Program“ besteht aus 5 Sitzungen während 5-6 Wochen:</p> | <p>Ansatz / Design: Es wurde ein phänomenologisch-hermeneutischer Ansatz mit qualitativem Design verwendet, damit so die individuellen Erfahrungen und die Perspektive der einzelnen Betroffenen erfasst werden konnten und die Teilnehmenden die Situation in ihren eigenen Worten beschreiben konnten.</p> <p>Stichprobe: Gesucht waren 4-6 Familien, die am „Family Support Program“ teilgenommen haben und wo ein Elternteil unheilbar an Krebs erkrankt ist. Familien, deren Kinder zwischen 5 und 18 Jahre alt waren, wurden verbal sowie schriftlich zur Studie eingeladen. 6 Patientinnen und Patienten erfüllten die Einschlusskriterien und wurden zur Studie zugelassen. Es handelt sich dabei um ein non-probability Sampling. Die Stichprobe bestand aus insgesamt 12 Kindern (6-16 Jahre), davon 8 Mädchen und 4 Jungen. Bei 5 dieser Kinder war die Mutter an Krebs erkrankt, bei 7 war es der Vater. 3 der teilnehmenden Kinder erhielten nach Ausbruch der Krankheit psychiatrische Unterstützung. Es wurde nur eine Studiengruppe erstellt.</p> <p>Datenerhebung: Alle Kinder wurden bis zu 6 Wochen nach Beendigung des Family Support Programs einmalig von derselben Pflegefachfrau</p> | <p>Aus den Ergebnissen konnten zwei Hauptthemen erarbeitet werden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Hauptsorgen des Kindes in Bezug auf die Krankheitssituation 2. Die Erfahrungen des Kindes nach der Teilnahme am Familien-Support-Programm bezüglich ihres Copings mit der Situation (Faktoren: Zugehörigkeit, Kompetenz) <ol style="list-style-type: none"> 1. Hauptsorgen der Kinder: <ul style="list-style-type: none"> - Angst, dass der Elternteil sterben könnte - Keine Möglichkeit, mit den Eltern über die Krankheitssituation sprechen zu können - Angst und Traurigkeit, Veränderungen im Zustand des Elternteils zu sehen - Fantasien und Ängste über die Krebserkrankung 2. Erfahrungen, Coping: Faktor Zugehörigkeit | <p>Die Kinder sind verunsichert und haben Angst vor den Veränderungen, die die Krebserkrankung mit dem kranken Elternteil machen würde, vor dem Tod und vor der Möglichkeit, selbst daran zu erkranken.</p> <p>Zur Unterstützung des Copings führt das Familien-Support-Programm 3 Wege: Die Familie unterstützen, über die Krankheit und die damit verbundenen Themen zu sprechen, den Kindern Wissen, Sicherheit und Hilfe vermitteln sowie die Familie in der Planung der Zukunft unterstützen.</p> <p>Der Schwerpunkt in der Diskussion wurde vor allem auf die Wichtigkeit von altersgerechter Information sowie die Interaktion zwischen den Familien und Fachpersonen des Programms gerichtet. Die Kinder äusserten, sich nach dem Gespräch mit der Fachperson besser zu fühlen. Das Programm ermöglichte den Familien eine offene Kommunikation über die Krankheit. Die Eltern wurden daher ermutigt, diese offene Kommunikation weiterhin auszuleben. Die Teilnehmenden zeigten ein Interesse</p> |

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>1. Familiensitzung (Info über das Programm und Vorstellung der Projektmitarbeiter) 2. Sitzung für die Eltern 3. Kindersitzung (Erleben in der Krankheitssituation und Veränderungen im Leben aufgrund der Krankheit. Die Kinder mussten eine Karte zu den sozialen Netzwerken aufzeichnen, mit denen sie über die Situation sprechen konnten. Kleinere Kinder waren frei im Zeichnen. Ausserdem wurden die Kinder gefragt, ob sie noch Fragen zur Krankheit oder zur Behandlung hätten. Auch wurde ihnen dem Alter entsprechend erklärt, welches normale Reaktionen auf die Situation und mögliche Copingstrategien seien). 4. Familiensitzung (Aufzeigen der Stärken der Familie) 5. Familiensitzung (Blick in die Zukunft unter Einbezug der Stärken der Familie und wo bei Bedarf zusätzliche Hilfe oder Unterstützung geholt werden kann)</p> <p>Ziel: In der Studie wurde ein präventives Unterstützungsprogramm für Kinder zwischen 5 und 18 Jahren entwickelt (deren Elternteil unheilbar an Krebs erkrankt ist). Ziel war es, herauszufinden, ob das „Family Support Program“ seine Ziele erreichte. Dafür musste der Einfluss des Programms auf die psychosozialen Probleme sowie das Coping jener Kinder untersucht werden.</p> | <p>interviewt. Die Interviews fanden entweder im Krankenhaus oder bei den Teilnehmenden zu Hause statt und dauerten 20 bis 90 Minuten. Kleinen Kindern war es erlaubt, während dem Interview zu malen, um die Konzentration aufrechtzuerhalten und um ihnen die Möglichkeit zu lassen, sich auf ihre eigene Art und Weise auszudrücken.</p> <p>Methodologische Reflexion: Wird nur kurz erwähnt. Vorgehensweise entspricht einer qualitativ-deskriptiven und phänomenologisch-hermeneutischen Strategie.</p> <p>Datenanalyse: Zur Datenanalyse wurde ein offener Forschungsansatz verwendet. Zunächst wurden die Interviewtranskripte durchgelesen und die Situation des Erzählenden wurde kurz zusammengefasst. Anschliessend wurden die Transkripte erneut durchgelesen, kodiert und in eine deskriptive Terminologie kategorisiert. Anschliessend wurde die Frage gestellt, was die Kinder über ihre Situation erzählen wollen und ob das Family Support Program ihnen dabei hilft. Daraus wurden Hauptthemen gebildet und diese anschliessend interpretiert und diskutiert. Die Qualität der Datenanalyse wurde nicht bewertet. Die Datenanalyse wurde von derselben Person geführt, die auch die Teilnehmenden interviewt hatte.</p> <p>Ethik: Die Teilnehmenden wurden je nach Altersklasse (6-7 J., 8-11 J. und 12-18 J.) mit unterschiedlichen Informationsblättern über die Studie aufgeklärt. Teilnehmenden unter 7 Jahren gaben ein mündliches Einverständnis, jene über 7 Jahre ein schriftliches und von allen Kindern wurde eine Einverständniserklärung der Eltern eingeholt. Die Interviews wurden, nach Wunsch des Kindes, mit den Kindern alleine, mit einem Geschwister oder mit den Eltern durchgeführt. Da</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Vertrauen, über die Krankheitssituation sprechen zu können - Vorhersagbarkeit des Krankheitsverlaufs - Über Stärken der Familie, Bestätigung und Verbindung sprechen - Informationsteilung mit dem sozialen Netzwerk über die Krankheitssituation <p>Faktor Kompetenz</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mehr Wissen über die Krankheit und Prognose - Wichtig und „wertvoll“ in der Familie sein - Konfrontation und Coping mit der eigenen Angst und die Reaktion Anderer zur Krankheitssituation <p>Die Ergebnisse werden mit Zitaten und teilweise mit Teilnehmergeschichten präsentiert.</p> | <p>daran, mehr über den Zustand des Elternteils zu erfahren. Da viele Mythen über Krebs existieren, wird es als wichtig eingeschätzt, dass eine Person mit Autorität erklärt, was man über Krebs weiss.</p> <p>Auch das Wissen über die eigene Reaktion zur Situation sowie gute Copingstrategien wurden durch das Programm gestärkt.</p> <p>Vorhersagbarkeit der Krankheit wurde als ebenfalls wichtiger Faktor eingeschätzt. Die Gewissheit, was in Zukunft auf die Familie zukommen würde und dadurch das Ansprechen der Situation in der Familie wurden anschliessend als einfacher bewertet. Das Programm ermutigte die Kinder, in der letzten Phase der Krankheit noch positive Erinnerungen zu schaffen. Der Wunsch nach Normalität im Leben wurde ebenfalls geäussert und die Kinder wurden darin unterstützt, dies auch ausleben zu können, auch wenn manche dies als egoistisch einschätzten.</p> <p>Die Ergebnisse werden in der Diskussion mit zahlreicher bereits vorhandener Literatur bestärkt.</p> <p>Es wird gezeigt, dass betroffene Kinder nicht nur Unterstützung von ihren Eltern benötigen, sondern auch vom Gesundheitspersonal und zwar in einer altersgerechten Sprache sowie auf einfühlsame Art und Weise. Zukünftige Forschung sollte sich der Evaluation des Family Support Programs widmen und eine Folgestudie der Kinder, welche teilgenommen haben, sollte durchgeführt werden.</p> |
|---|--|--|--|

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>das Forschungsthema heikle Fragen beinhaltet (wie bspw. der Tod eines Elternteils), achteten die Forschenden auf die Reaktionen des Kindes und unterbrachen gegebenenfalls das Interview. Die Studie wurde vom regionalen medizinischen Ethikkomitee von Norwegen sowie dem norwegischen Datenregister genehmigt. Die Interviewaufnahmen wurden zunächst sicher aufbewahrt und nach Abschluss der Datenanalyse zerstört.</p> | | <p>Empfehlungen für die Praxis werden in einer kurzen Tabelle erklärt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pflegefachperson sollen den Eltern helfen, die Bedürfnisse ihrer Kinder zu verstehen und sie in ihren Copingstrategien zu unterstützen. Dafür sollte der Schwerpunkt auf die Stärken der Familie und den Familienzusammenhalt gelegt werden. - Den Kindern sollte die Möglichkeit gegeben werden, mit Health Professionals über ihr Erleben der Situation zu reden. Bei Kindern unter 10 Jahren sollten Möglichkeiten zum Zeichnen und Schreiben genutzt werden. - Informationen über die Krankheit, die Behandlung, Reaktionen und Coping sollten auf eine altersgerechte Weise erfolgen. Das Verwenden von Büchern und Filmen wird empfohlen. <p>Es werden einige Limits erwähnt: Es handelt sich um eine kleine Stichprobe und es konnten keine spezifischen Eigenschaften wie beispielsweise das Geschlecht, der sozioökonomische Faktor oder das Alter der Kinder berücksichtigt werden.</p> |
|--|---|--|--|

Würdigung der Studie:

Children's Experiences of Participation in a Family Support Program When Their Parent Has Incurable Cancer (Bugge, K.E., Helseth, S., Darbyshire, P. 2008)

| Einleitung | Methode | Ergebnisse | Diskussion |
|---|--|---|---|
| <p>Die Studie beantwortet eine wichtige Frage für die Pflege, da auch diese mit Kindern krebskranker Eltern konfrontiert werden kann.</p> <p>Das Phänomen wird beschrieben und ist relevant für die Pflege.</p> <p>Das Ziel der Studie wird kurz erläutert. Eine Forschungsfrage ist jedoch nicht formuliert.</p> <p>Das Thema wird mit reichlich Literatur eingeführt und beschrieben.</p> <p>Eine Diskussion zur Signifikanz der Arbeit wird anfangs minimal erwähnt.</p> | <p>Ansatz / Design: Es wurde keine Forschungsfrage gestellt. Das Forschungsdesign passt jedoch zur beschriebenen Zielsetzung der Studie.</p> <p>Stichprobe: Die Stichprobenziehung passt zum Ansatz der Untersuchung. Aufgrund der kleinen Anzahl Teilnehmenden und der Tatsache, dass die Teilnehmenden bereits ein Familien-Support-Programm durchlaufen haben, ist die Stichprobe nur begrenzt repräsentativ. Die Stichprobengröße ist für eine qualitative Studie angebracht und wurde von Anfang an auf 4-6 Familien beschränkt. Das Setting und die Teilnehmenden werden nur kurz beschrieben. Die Teilnehmenden eignen sich für die Studie, da sie von ihren eigenen Erfahrungen sprechen und auf die Altersstufe Rücksicht genommen wurde.</p> <p>Datenerhebung: Die Datenerhebung beschränkte sich auf das Erleben der Kinder nach dem Absolvieren des Family Support Programs. Näher wird auf die Datenerhebung nicht eingegangen. Die Datensättigung wird nicht diskutiert. Die Teilnehmenden konnten das Interview jederzeit abbrechen.</p> <p>Methodologische Reflexion: Es wird kein philosophischer Hintergrund der Arbeit respektive einen Standpunkt der Forschenden diskutiert. Das methodische Vorgehen entspricht dem gewählten Forschungsansatz.</p> <p>Datenanalyse: Das Vorgehen der Datenanalyse wird anhand eines Beispiels nachvollziehbar erläutert, wobei eine Referenz (Kvale's guidelines, 1996) zitiert wird. Die analytischen Schritte werden beschrieben, wodurch die Datenanalyse glaubwürdig wirkt. Es wurden keine analytischen Entscheidungen dokumentiert.</p> <p>Ethik: Damit die Kinder durch das Interview weder zu Schaden</p> | <p>Die Ergebnisse reflektieren die Reichhaltigkeit der Daten und sind im Kontext verankert. Ihre Bedeutung ist klar verständlich und präzise.</p> <p>Zu allen Kategorien werden Zitate und Geschichten illustriert, wodurch diese bestätigt werden. Es werden jedoch keine Angaben dazu gemacht, wie viele der Befragten die jeweiligen Kategorien angesprochen haben.</p> <p>Die Kategorien sind in sich konsistent und inhaltlich klar voneinander abgrenzbar. Modelle wurden keine erstellt.</p> | <p>Die Ergebnisse helfen bereits, ein besseres Verständnis für das Phänomen zu entwickeln, in der Diskussion wird dies nochmals bestärkt.</p> <p>Die Ergebnisse sind für die Pflege relevant. Eine sehr kurze Diskussion über dessen Bedeutung wurde gemacht. Es werden Implikationen vorgeschlagen, die sich gut in einem stationären Alltag umsetzen lassen würden.</p> <p>Durch die Schlussfolgerungen werden die Ergebnisse der Studie nochmals gespiegelt.</p> <p>Evidenz-Level: 1</p> |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>kommen noch sich unwohl fühlten, wurden sie vor der Datenerhebung ihrem Alter entsprechend darüber aufgeklärt. Auch wurde ihnen die Entscheidung überlassen, ob sie das Interview mit der Forschenden alleine oder in Anwesenheit von jemandem aus der Familie durchführen wollten. Da den Forschenden bewusst war, dass durchaus heikle Fragen oder Themen auftauchen würden, konnten sich diese auf die Reaktion des Kindes achten und im Notfall das Interview beenden.</p> | | |
|--|---|--|--|

Güte / Evidenzlage nach Lincoln und Guba (1985):

- Es werden keine externen Personen zur Begleitung erwähnt → Confirmability ist nicht gegeben
- Ob Datenerhebung sowie –analyse zeitnah und regelmässig reflektiert wurden, ist nicht vermerkt. Auch ob die Ergebnisse von einem weiteren Gremium überprüft wurden, ist nicht beschrieben → Dependability ist nicht gegeben.
- Eine Triangulation oder ein peer debriefing wird nicht erwähnt → Credibility ist nicht erreicht.
- Die Ergebnisse werden mit Zitaten sowie Teilnehmendengeschichten verstärkt. Es werden Implikationen für die Praxis gemacht → Transferability wurde erreicht.

Zusammenfassung der Studie:

How do young people find out about their parent's cancer diagnosis: A phenomenological study (Finch, A. & Gibson, F. 2009)

| Einleitung | Methode | Ergebnisse | Diskussion |
|--|---|--|--|
| <p>Die Studie beschäftigt sich mit dem Phänomen, wie Kinder über die Krebsdiagnose ihrer Eltern informiert worden sind.</p> <p>Hintergrund: Die Krebserkrankung eines Elternteils geht mit viel Unsicherheit über die Zukunft der Familie einher. Zudem wird Krebs als Familienangelegenheit bezeichnet, wobei unwiderrufliche Veränderungen zu Tage treten können. Eltern sind besonders unsicher darin, wann und was sie ihren Kindern von der Krebsdiagnose erzählen sollten. Die Unsicherheit, wie viel die Kinder verstehen und umgehen können, ist bei den Eltern gross. Hintergrund dieser Studie waren Literaturrecherchen. Dabei zeigte sich für Kinder mit einem krebserkrankten Elternteil ein erhöhtes Risiko, psychosoziale Probleme zu entwickeln. Die Krebsdiagnose eines Elternteils kann die Kinder in verschiedenen Bereichen des Lebens beeinflussen, wie beispielsweise die Schule, das Familienleben, die Freizeit oder Beziehungen. Kinder mit an Krebs erkrankten Eltern erhielten in der Vergangenheit eher wenig Aufmerksamkeit in der Forschungsliteratur. Zudem wurden die Gefühle der Kinder oft aus der Perspektive der Eltern dargestellt. In der Forschung wurde der Fokus oft auf Mütter und deren Brustkrebs gelegt; Väter oder Söhne werden in den meisten Studien kaum beachtet.</p> | <p>Ansatz / Design: Es handelt sich um einen interpretativen phänomenologischen Ansatz. Eine Begründung des Ansatzes wird nicht gegeben. Folgende Forschungsfrage wurde formuliert: „Wie erleben junge Menschen den Moment, als sie die Krebsdiagnose eines Elternteils erfahren haben?“ Die Studie wollte folgende Punkte aufzeigen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Erfahrung junger Menschen, als sie von der Krebsdiagnose eines Elternteils erfuhren. 2. Wie junge Menschen diese Erfahrung wahrgenommen haben und einen Sinn darin sahen. 3. Den Einfluss dieser Erfahrung im täglichen Leben und in Beziehungen. <p>Die Forscher gestalteten die Interviews nicht nach einem bestimmten Schema, sondern richteten sich nach den Antworten der Befragten.</p> <p>Stichprobe: Diese Studie wurde in einem Londoner Krebszentrum durchgeführt. Dabei wurden via Poster die Eltern auf die Studie aufmerksam gemacht. Nach Erlaubnis der Eltern wurden die Kinder brieflich zur Studie eingeladen. Um teilnehmen zu können, mussten die Kinder zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose des Elternteils zwischen 14 und 18 Jahre alt sein und die Diagnose musste bereits 4 bis 12 Monate zurückliegen. Es gab schlussendlich 7 Teilnehmenden für die Studie, die alle eine einzige Studiengruppe bildeten. Eine genauere Beschreibung der</p> | <p>Es konnten 7 Hauptthemen aus den Interviews herausgearbeitet werden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Das erste Mal von der Krebsdiagnose des Elternteils hören 2) Eigene Verletzlichkeit und die von anderen 3) Kommunikation innerhalb der Familie 4) Sich im Erleben unterstützt fühlen 5) Erlebnis und Unterstützung von der Schule 6) Erlebnis und Unterstützung vom Krankenhaus <p>Die Ergebnisse werden mit zahlreichen Zitaten der Teilnehmenden, welche mit Hilfe von Pseudonymen anonymisiert wurden, unterstrichen. Es werden auch Teilnehmergeschichten erzählt.</p> | <p>Die Resultate werden bei der Präsentation zugleich diskutiert. Ein eigener Diskussionsteil wurde daher nicht erstellt.</p> <p>Limitationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die an Krebs erkrankten Elternteile litten an unterschiedlichen Formen von Krebs. Daher vermuten die Forschenden verschiedene Herausforderungen an die Patienten und Familien, je nach Krebsart. • Das Wohlbefinden des erkrankten Elternteils, die Anpassung und das Coping mit dem Krebs werden als mögliche Faktoren beschrieben, welche die Gefühle und Wahrnehmung der Kinder beeinflussen könnten. • Die Studie nahm keinen Einfluss auf unbekannte Ereignisse, die die jungen Kinder durchleben. • Die Wahrnehmungen der Befragten wurden möglicherweise durch die verstrichene Zeit verändert. • Die Forschenden konnten keine interpretative phänomenologische Analyse mit der vorhandenen Population durchführen. Eine genauere Erklärung zu dieser Limitation bleibt aus. • Die Rolle der Forschenden wird ebenfalls als Limit beschrieben, da die Befragten beispielsweise eine eigene Sprache verwendeten oder Kultur auslebten. <p>Empfehlungen für künftige Studien: Aufgrund der dargestellten Limitationen schlagen die Forschenden weitere</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | <p>Auswahl der Teilnehmenden wird nicht gemacht.</p> <p>Datenerhebung: Es wurden einmalig semi-strukturierte Interviews mit einer durchschnittlichen Dauer von 40 Minuten durchgeführt. Der Durchführungsort konnten die befragten Personen selber bestimmen, meist war es das eigene zu Hause oder ein ruhiger Raum im Krankenhaus. Vor Beginn des Interviews wurde eine kurze Einleitung gemacht, um den Teilnehmenden das anschliessende Interview zu erleichtern. Schwerpunkte bei der Befragung waren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erinnerung an den Moment, wo die Befragten von der Diagnose erfahren haben - Wie wurden die Neuigkeiten aufgenommen und verstanden? - Wie war es, zu erfahren, dass ein Elternteil Krebs hat? - Vorbereitung auf die Neuigkeiten - Kommunikation über Krebs in der Familie - Einfluss von Krebs auf das Leben zu Hause und Beziehungen - Unterstützende Bedürfnisse <p>Die Interviews wurden aufgenommen und anschliessend verbatim transkribiert. Zusätzlich wurden demographische Daten gesammelt.</p> <p>Methodologische Reflexion: Die Forschenden wählten für ihre Studie einen interpretativ-phänomenologischen Ansatz und begründen dies mit dessen Eigenschaften der Iteration und systematischem Grundsatz.</p> <p>Datenanalyse: Auf Literatur beruhend wurden zufällig 3 Interviewtranskripte genommen, Kategorien erarbeitet und auf die verbleibenden 4 Transkripte angewendet. Schnell bemerkten die Forschenden, dass bei</p> | | <p>Untersuchungen in Form von peer-to-peer-Interviews vor. Ausserdem sollten künftige Forschungen über längere Zeiträume, mit Beginn kurz nach der Krebsdiagnose und in gewissen zeitlichen Abständen, durchgeführt werden. Weiter sollten künftige Studien auch Populationen untersuchen, die von anderen Krebsarten betroffen sind, als nur Brustkrebs. Pflegefachpersonen spielen im Rahmen der Familienzentrierten Pflege eine Schlüsselrolle, da diese ungenügende Unterstützung erkennen können.</p> <p>Empfehlungen für die Praxis: Eine speziell für jüngere Kinder entworfene Broschüre mit Fallgeschichten wurde von einigen Teilnehmenden als hilfreich und unterstützend bewertet. Vor allem Freunde, Familie und die Schule wurde als hilfreiche soziale Stütze empfunden. Health Care Professionals sollten immer vor Augen haben, dass der Patient/die Patientin nicht nur Patient/in, sondern auch Mitglied in einer Familie ist. Health Care Professionals eignen sich gut, um Familiengespräche zum Thema Krebs zu leiten, wofür die Teams jedoch zuerst in Familienzentrierter Pflege geschult werden müssten.</p> <p>Schlussfolgerungen: Eine Krebsdiagnose betrifft das ganze Familiensystem, wo auch Kinder plötzlich mit Fragen nach dem Sinn des Lebens, der Rollenverteilung oder Beziehungsgestaltung konfrontiert werden. Oft fühlen sich diese Kinder ohne Unterstützung von aussen alleine. Offenheit und Ehrlichkeit in der Kommunikation sowie der Einbezug in die Situation von Anfang an und in Diskussionen werden geschätzt. Kinder möchten mehr über die Krankheit wissen. Die Unterstützung von Freunden gibt ihnen das Gefühl, verstanden zu</p> |
|--|--|--|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | <p>den Teilnehmenden jeweils einzigartige Erfahrungen gemacht wurden. Die Analysen wurden alle nach demselben Schema durchgeführt, wodurch für jeden Teilnehmenden eine eigene „Hauptthemenliste“ entstanden ist.</p> <p>Ethik: Zunächst wurde die Vorgehensweise eines Interviews von der Ethikkommission abgelehnt und als Alternative ein Fragebogen vorgeschlagen, da ein Interview zu aufdringlich sei und eine emotionale Aufwühlung für die Teilnehmenden sein kann. Die Forschenden gaben sich damit nicht zufrieden, da sich die Teilnehmenden bei einem Fragebogen nicht gleich ausdrücken würden können wie bei einem Interview. So wurde die Erlaubnis für ein Interview bei der regionalen Ethikkommission eingeholt, unter der Bedingung, dass sowohl Eltern als auch Kinder der Teilnahme zustimmen müssten.</p> | | <p>werden und sich in ihren eigenen Worten ausdrücken zu dürfen.</p> |
|--|--|--|--|

Würdigung der Studie:

How do young people find out about their parent's cancer diagnosis: A phenomenological study (Finch, A. & Gibson, F. 2009)

| Einleitung | Methode | Ergebnisse | Diskussion |
|--|---|--|--|
| <p>Das Phänomen wird klar beschrieben und zeigt eine Relevanz für die Pflege auf. Dabei wird das Thema mit reichlich Literatur dargestellt.</p> <p>Eine Diskussion zur Signifikanz der Arbeit wird kaum gemacht.</p> | <p>Ansatz / Design: Der Ansatz wurde für die zu beantwortende Forschungsfrage passend gewählt.</p> <p>Stichprobe: Die Stichprobengrösse entspricht jener eines qualitativen Forschungsdesigns, ist jedoch nur begrenzt repräsentativ für die Population, da nur 14- bis 18-jährige befragt wurden. Weiter wird die Grösse der Stichprobe nicht begründet. Die Stichprobenziehung passt ebenfalls zur Forschungsmethode, setzt jedoch voraus, dass die Aufmerksamkeit der Eltern auf die Poster gezogen wurde. Das Setting und die Teilnehmenden werden kaum beschrieben. Die Teilnehmenden eignen sich als Informantinnen und Informanten, da sie das beschreibende Phänomen erlebt haben.</p> <p>Datenerhebung: Im Interview wird das Erleben untersucht. Die Vorgehensweisen sind dabei nur teilweise explizit dargestellt. Es fehlen Angaben dazu, wie genau transkribiert wurde, wer die Interviews durchgeführt hat, ob die Teilnehmenden das Interview bei Bedarf abbrechen konnten, welche demographischen Daten wofür gesammelt wurden etc. Es wurden keine Diskussionen zur Datensättigung und Selbstbestimmung der Teilnehmenden durchgeführt.</p> <p>Methodologische Reflexion: Es wird kein Standpunkt der Forschenden beschrieben. Das methodische Vorgehen passt zu einer qualitativ-phänomenologischen Forschungsarbeit.</p> | <p>Die Ergebnisse reflektieren die Reichhaltigkeit der Daten. Dabei sind die Ergebnisse im Kontext verankert und die Kategorien sind inhaltlich voneinander unterscheidbar. Die Kategorien werden durch die Zitate bekräftigt und stellen das Phänomen als Ganzes dar.</p> <p>Es wurden keine neuen Modelle entwickelt.</p> <p>Die einzelnen Kategorien werden durch bereits vorhandene Literatur bestätigt.</p> | <p>Es findet sich kein eigentlicher Abschnitt zu einer Diskussion. Die Ergebnisse werden bei ihrer Präsentation auch diskutiert und mit bereits bestehender Literatur bestärkt.</p> <p>Die Forschungsfragen werden teilweise beantwortet. Zwei Punkte aus den vertiefenden Fragen werden nicht oder kaum beantwortet: Der Sinn in der Krebserkrankung zu sehen und der Einfluss auf Beziehungen.</p> <p>Die Ergebnisse sind für die Pflege relevant. Es werden viele Implikationen für künftige Forschungen gegeben, hingegen eher wenige konkrete Empfehlungen für die Praxis, vor allem für Pflegefachkräfte.</p> <p>Die Schlussfolgerungen fassen die wichtigsten Ergebnisse nochmals knapp zusammen.</p> <p>Evidenz-Level der Studie: 1.</p> |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>Datenanalyse: Die Datenanalyse wird nur sehr grob beschrieben und mit einer Tabelle etwas grafisch dargestellt, wobei sich die Forschenden auf mehrere Quellen beziehen. Die ausgearbeiteten Themen wurden von einer externen Fachperson kritisch durchgelesen. Jedes einzelne Thema wurde in der Forschungsgruppe untersucht und diskutiert. Eine Dokumentation zu analytischen Entscheidungen wird nicht erwähnt.</p> <p>Ethik: Für die Zustimmung zur Durchführung der Studie wurde eine zusätzliche Ethikkommission hinzugezogen. Damit im Interesse der Eltern, der befragten Person und der Familie gehandelt werden würde, wurde von beiden Seiten das Einverständnis für die Studie eingeholt. Weitere ethisch relevante Fragen werden nicht diskutiert.</p> | | |
|--|---|--|--|

Güte / Evidenzlage nach Lincoln und Guba (1985):

- Confirmability ist nicht gegeben, da keine Begleitung durch eine externe Person erwähnt wird
- Dependability wird gefördert, indem die Themenanalyse von einer externen Fachperson nochmals durchgelesen wurde. Eine Reflexion von Datenerhebung und –analyse wird nicht beschrieben.
- Credibility ist nicht gegeben, da keine Triangulationen stattfinden und keine peer debriefings dokumentiert sind. Negativ- und Kontrastfälle werden genannt.
- Transferability wurde erreicht, da die Ergebnisse mit vielen Zitaten unterstrichen werden.

Zusammenfassung der Studie:

Information needs of adolescents when a mother is diagnosed with breast cancer (Fitch, M. & Abramson T. 2007)

| Einleitung | Methode | Ergebnisse | Diskussion |
|--|---|---|---|
| <p>Die Zahlen der Brustkrebsdiagnosen steigen jedes Jahr.</p> <p>Mütter mit einer Brustkrebs-Diagnose stehen vor der schwierigen Aufgabe ihren Kindern zu erklären, was gerade mit ihnen passiert, nebst dem, dass die Mutter selbst mit neuen anderen Problemen konfrontiert ist.</p> <p>Es ist nicht leicht, die richtigen Worte, die richtige Zeit oder den Ort zu finden, an dem man seinem Kind sagt, dass man krank ist.</p> <p>Es werden viele verschiedene ähnliche Forschungen aufgezählt, um die Wichtigkeit der Arbeit aufzuzeigen. Viele der genannten Studien befassen sich mit dem Familienleben als solches oder mit den Reaktionen der Kinder, welche oftmals noch nicht im Teenageralter sind. Fitch und Abramson wollten dazu den Fokus auf die etwas älteren Kinder (13 Jahre und älter) lenken. Jugendliche schienen im Allgemeinen viel mehr Mühe zu haben, die Krankheit ihrer Mutter zu verarbeiten, als jüngere Geschwister. Jugendliche schätzten sich oftmals auch als gestresster ein, als ihre Eltern sie einschätzten.</p> <p>Mit der qualitativen Arbeit konnten Eltern auch die Bedürfnisse ihrer Kinder besser</p> | <p>Ansatz/Design</p> <p>Die Studie wurde explorativ-deskriptiv erhoben. Man machte semi-strukturierte Interviews. Diese Methode erlaubte den Teilnehmenden, die Art an Informationen zu beschreiben, die sie gerne gehabt hätten und die sie gesucht haben. Ausserdem kann mit dieser Methode aufgezeigt werden, welche Informationen sie gefunden haben, was ihnen gefehlt hat und was ihrer Meinung nach der beste Weg sei, Jugendlichen Informationen zukommen zu lassen.</p> <p>Stichprobe</p> <p>Um Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu finden wurden die Mitglieder des Ontario Breast Cancer Information Exchange Partnership (OBCIEP) kontaktiert, welche die ihnen bekannten Brustkrebs-Überlebenden kontaktierten. Die Namen der Interessenten wurden den Forschenden via OBCIEP zugesandt.</p> <p>Um für die Teilnahme ausgewählt zu werden, mussten die Probanden zum Zeitpunkt der Diagnose zwischen 13 und 19 Jahren alt sein, englischsprechend sein und die Diagnose durfte nicht länger als 10</p> | <p>Die Ergebnisse wurden in einer Tabelle zusammengefasst.</p> <p>Die Tabelle wurde in drei Kategorien eingeteilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Generelle Fragen • Fragen, welche spezifisch zur eigenen Mutter sind • Fragen zum eigenen Risiko <p>Des Weiteren wurden die Resultate mit Zitaten aus den Interviews unterstrichen. Jeder Teilnehmenden und jede Teilnehmenden wurde eine Nummer zugeordnet, welche jeweils hinter den Zitaten vermerkt wurde.</p> <p>Eines der Hauptthemen schien der mögliche Tod der Mutter für die Jugendlichen zu sein. Die Jugendlichen assoziierten Krebs automatisch mit dem Tod, folglich war eine der ersten Fragen oftmals „Wird meine Mutter sterben?“.</p> <p>Die Jugendlichen fühlten sich ausserdem verpflichtet, bei ihren Familien zu sein, um in Alltagsentscheidungen involviert zu sein, während ihre Mutter in Behandlung war.</p> <p>Die Teilnehmenden sprachen alle mit</p> | <p>Die Interviews erlaubten Einblicke in die Antworten der Jugendlichen und in deren Reaktionen auf die Krebsdiagnose ihrer Mütter.</p> <p>Man stellte fest, dass, obwohl landesweit nach Probanden gesucht wurde, sich lediglich 14 finden liessen. Dies wird erklärt mit der Wahrscheinlichkeit, dass Brustkrebspatientinnen ohne Kinder häufiger vorkommen als solche mit jugendlichen Kindern.</p> <p>Ausserdem glauben die Forschenden, dass Patientinnen eher vorsichtig waren, ihren Kindern die Teilnahme an der Studie zu empfehlen. Die Jugendlichen, die jedoch teilgenommen haben, schienen keine Hemmungen zu haben, von ihren Erfahrungen zu erzählen und wiesen gute Kommunikationsfähigkeiten auf.</p> <p>Wie bereits erwähnt war das erste Thema, das den Jugendlichen durch den Kopf ging, der mögliche Tod der Mutter. Daraus leiten die Forschenden ab, dass man die Jugendlichen so gut wie möglich über Prognosen und Aussichten informieren sollte.</p> <p>Ohne Informationen isoliert man die Jugendlichen und lässt sie alleine mit ihren Ängsten und Sorgen. Die eigentliche Diagnose sollte den Jugendlichen von</p> |

| | | | |
|--|--|---|--|
| <p>beschreiben. In einer andere Studie, die als Referenz benutzt wurde, berichteten Kinder über eine Gespaltenheit in ihren Wünschen: Zum einen wollten sie ihrer Mutter mehr helfen und zum anderen mehr Zeit mit ihren eigenen Aktivitäten verbringen. Kinder berichteten ausserdem von wenig Hilfe seitens der Gesundheitsfachpersonen. Ebenfalls wurde eine Studie erwähnt, welche 81 Kinder befragt hatte von denen sich viele fragten, ob es ihrer Mutter wieder gut gehen würde, wie sie die Krankheit zu verstehen hätten und ob sie die Krankheit eines Tages vielleicht selber bekommen würden. Daraus resultierten diese Copingstrategien: Die einen beteuerten, sich keine Sorgen zu machen, andere stürzten sich in Heimarbeiten. Als hilfreiche Personen wurden jeweils die Familie und Freunde am häufigsten genannt. Bei den älteren Kindern schienen die Freunde wichtiger zu sein.</p> <p>Ziel dieser Pilotstudie war, die Bedürfnisse an Information dieser Jugendlichen zu identifizieren, deren Mutter eine Brustkrebsdiagnose erhalten hat. Dies wollte man in Form eines qualitativen Dokuments festhalten. Es ging ausserdem darum herauszufinden, wie die Jugendlichen sich diese Informationen beschaffen würden.</p> | <p>Jahre her sein. Im Ganzen wurden 14 Jugendliche interviewt, von denen einer jedoch keine so genauen Erinnerungen mehr hatte, da die Diagnose über 10 Jahre her war. Aus diesem Grund wurden diese Daten nachträglich entfernt. Schlussendlich wurden Informationen von 3 Jungen und 10 Mädchen gesammelt.</p> <p>Datenerhebung Die Teilnehmenden, welche ausgewählt wurden und mit der Studienteilnahme einverstanden waren, wurden per Telefon interviewt und die Gespräche wurden aufgezeichnet. Die Interviews dauerten zwischen 30 und 45 Minuten. Die Interviewfragen enthielten demographische Angaben (Alter jetzt und damals, die Wohnsituation, der elterliche Beruf), die eigenen Erfahrungen und das Informationsbedürfnis während der Diagnosezeit und die generelle Meinung, wie man die Bedürfnisse von Jugendlichen nach Informationen am besten stillt. Die Fragen wurden offen gestellt, damit die Teilnehmenden frei von sich aus erzählen konnten, was ihnen wichtig ist oder war. Die Aufnahmen wurden transkribiert und alle Identifikationsmerkmale entfernt.</p> <p>Datenanalyse Die Datenanalyse wurde nach den</p> | <p>einem oder gar beiden Elternteilen über den Krebs und beinahe alle sprachen mit jemandem professionellen über das Thema (Arzt, Sozialarbeiter oder Psychologe). Etwa 2/3 suchten selbst nach Informationen, obwohl sie welche von ihren Müttern erhielten. Die Begründung für eine eigene Suche lautete, dass sie dann nicht Angst haben mussten, dass jemand wusste, dass sie Fragen hatten oder diese als dumm abstempeln konnte. Weitere Gründe für die eigenständige Suche waren, dass die Jugendlichen in ihrer eigenen Geschwindigkeit lernen konnten oder dass sie dadurch keine Gefühle zeigen mussten.</p> <p>Alles in allem hätten sich die Jugendlichen gewünscht, Informationen zu bekommen. Sie hätten jemanden gebraucht, bei dem es in Ordnung gewesen wäre, Gefühle zu zeigen.</p> | <p>jemandem mitgeteilt werden, den sie kennen und dem sie vertrauen. Des Weiteren wird es als sinnvoll erachtet, den Jugendlichen eine Liste mit Links abzugeben, auf denen sie sich zuverlässig informieren können. Das Internet kann ausserdem generell zur Unterstützung nützlich sein. Es gibt auch Online-Hilfegruppen für Erwachsene.</p> <p>Implikationen für die Praxis Über die Informationsbedürfnisse der Jugendlichen sollte nachgedacht werden. Zu Anfang sollte jedoch mit der Patientin abgesprochen werden, wie sie den Informationsfluss gestalten möchte und wie den Kindern mitgeteilt werden soll, dass die Mutter krank ist. Gesundheitsfachpersonen sollten in jedem Fall ihre Hilfe bei Kommunikationsschwierigkeiten anbieten: Sei es, um die Patientin in einem schwierigen Gespräch zu unterstützen oder sie darin abzulösen und das Gespräch selber zu führen.</p> |
|--|--|---|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | <p>Methoden von Silverman (2000) durchgeführt. Nach der Transkription wurden die Transkripte von den Forschenden durchgelesen und Notizen darüber verfasst. Anschliessend wurden die Vermerke von den verschiedenen Forschenden verglichen, ihre Ansichten über die Daten diskutiert und es wurde sich auf ein Kategorisierungsschema geeinigt. Die Interviews wurden von einem einzelnen Forscher mit Hilfe des erstellten Schemas codiert, während der zweite Forschende den Arbeitsvorgang beaufsichtigte. Dadurch wird Konsistenz und der Gebrauch von allen Daten gewährleistet. Nach jeder Codierung wurden Schlüsselthemen erarbeitet.</p> <p>Ethik Es wurden keine ethischen Fragen diskutiert.</p> | | |
|--|--|--|--|

Würdigung der Studie:

Information needs of adolescents when a mother is diagnosed with breast cancer (Fitch, M. & Abramson T. 2007)

| Einleitung | Methode | Ergebnisse | Diskussion |
|--|---|---|--|
| Die Bedürfnisse der Patientinnen oder Patienten und deren Angehöriger sind ein wichtiges Thema in der Pflege, folglich ist die | Der explorative-deskriptive Ansatz macht in diesem Falle Sinn, da es sich bei der Forschungsfrage um die Frage nach Bedürfnissen handelt. Diese können nicht mit quantitativen Methoden gemessen, sondern nur beschrieben werden. Die Bedingungen für eine Teilnahme sind durchaus schlüssig, | Die Ergebnisse gründen direkt auf den Zitaten der Jugendlichen. Die einen Fragen, welche gestellt worden waren, wurden 1:1 in die Tabelle | Die Forschenden betrachten ihre Arbeit kritisch und suchen nach Erklärungen für die gefundenen Ergebnisse. Die Forschungsfrage wird beantwortet und da viele der Kinder dieselben Fragen |

| | | | |
|---|---|--|--|
| <p>gestellte Frage wichtig und sinnvoll.</p> <p>Die Beschreibung erfolgt sehr detailliert und weist eine hohe Relevanz auf.</p> <p>Das Ziel wird in einem eignen Abschnitt klar beschrieben.</p> <p>Das Thema wird mit diverser Literatur detailliert und kompakt eingeführt.</p> <p>Über die Signifikanz wird nicht geschrieben.</p> | <p>jedoch ist nicht ganz klar, wie die Forschenden zu ihren 14 Teilnehmenden gekommen sind. Ausserdem ist nicht nachvollziehbar, weshalb trotz der aufgestellten „10 Jahres-Frist“ jemand eingeschlossen wurde, dessen Mutter vor mehr als 10 Jahren die Diagnose erhalten hatte. Hier ist ebenfalls fraglich, ob 14 Personen repräsentativ sind, da nur wenige demographische Daten zu den Teilnehmenden beschrieben werden, die jedoch für eine Übertragung auf andere Populationen wichtig wären. Es handelt sich allerdings um eine Stichprobe, die nur ein einziges Krankheitsbild erlebt. Eine Begründung zur Stichprobengrösse wird in der Diskussion abgegeben.</p> <p>Das Setting wurde knapp beschrieben.</p> <p>Die Teilnehmenden sind als ausreichende Informantinnen und Informanten zu erachten, da sie selbst die erfragte Situation erlebt haben und folglich gut darüber Auskunft geben können, was sie gebraucht hätten.</p> <p>Das methodische Vorgehen deckt sich mit dem Forschungsansatz und die Methode ist für das Phänomen geeignet.</p> <p>Die Datenanalyse wird referenziert und beschrieben. Es wurden keine Peer-Debriefings durchgeführt.</p> <p>Es werden keine ethischen Fragen diskutiert, obwohl das Thema ein emotional sehr einschneidendes Erlebnis im Leben der Jugendlichen darstellt. Es wurde lediglich eine Einverständniserklärung unterschrieben.</p> | <p>übernommen.</p> <p>Die Ergebnisse wurden im Kontext verankert und umschrieben, allerdings wurden sie nur in zwei Kategorien unterteilt, wodurch das Phänomen nicht als Ganzes erfasst werden kann.</p> <p>Es wurde jedoch eine Kategorisierung der Fragen vorgenommen und eine Tabelle dargestellt, ein neues Modell wurde jedoch nicht entworfen.</p> <p>Die Kategorien der Fragen sind inhaltlich logisch unterscheidbar.</p> | <p>hatten, kann das Ergebnis durchaus als repräsentativ erachtet werden.</p> <p>Die Ergebnisse sind sehr gut brauchbar für die Pflege, denn anhand der Tabelle kann man herausfinden, was der oder die Jugendliche vielleicht noch für Informationen benötigt oder mit welchen Fragen er beziehungsweise sie sich gerade beschäftigt.</p> <p>Die Implikationen bieten nützliche Schlussfolgerung für die Praxis, welche sich auf alle Berufsgruppen anwenden lassen.</p> |
|---|---|--|--|

Güte / Evidenzlage nach Lincoln und Guba (1985):

- Bestätigung ist nur teilweise gewährleistet, da zwar die andere Forschungsperson bei der Datenverarbeitung anwesend war, jedoch war es keine externe Fachperson. Zur Erstellung des Interviewleitfadens wurden Psychologen und Sozialarbeiter miteinbezogen.
- Zuverlässigkeit teilweise gewährleistet: Zwar wurden die Daten diskutiert und reflektiert, jedoch ist von keinem Gremium zur Überprüfung die Rede.
- Glaubwürdigkeit nicht gewährleistet, da keine peer debriefings stattgefunden haben. Allerdings wurden die Beobachtungen anhand der Notizen unter den Forschenden diskutiert.
- Übertragbarkeit gewährleistet, da viele verschiedene Jugendliche zu denselben Fragen gekommen sind und diese mit Zitaten belegt sind.

Zusammenfassung der Studie:

A Grounded Theory Study of Younger Children's Experiences of Coping with Maternal Cancer (Furlong, E. 2017)

| Einleitung | Methode | Ergebnisse | Diskussion |
|--|---|---|--|
| <p>Die Zahlen der Krebspatientinnen und -patienten steigen stetig. So auch die Zahlen von Brustkrebspatientinnen im gebärfähigen Alter. So kommt es des Öfteren vor, dass Kinder von einer Krebsdiagnose der Eltern betroffen sind. Viele Studien haben sich bis anhin mit den Bewältigungsstrategien der Kinder befasst, welche jedoch im Nachhinein gesammelt wurden. Furlong jedoch wollte sich mit den Strategien und Erfahrungen der Kinder befassen, welche sich aktuell in einer solchen Situation befinden.</p> <p>Kinder der vorhergehenden Studien äusserten Angst und Unsicherheit, was die Behandlung ihrer Mütter anging. Mütter berichteten, dass ihre Kinder plötzlich den Anschein machten, dass sie mehr helfen wollten, die aktuellen Themen mehr besprechen wollten, um ihrer Mutter oder gar beiden Elternteilen damit zu helfen. Zu diesen Feststellungen kam man lediglich durch Beobachtung der eigenen Kinder durch die Eltern.</p> <p>Es wird in diversen Fällen auf andere Studien verwiesen wie beispielsweise Zahlis (2001), welche die Sorgen der Kinder schon weit früher kategorisiert hatte.</p> | <p>Ansatz/Design Methoden der Grounded Theory werden hier verwendet, um induktiv eine Theorie aus den gesammelten Daten abbilden zu können. In dieser Studie wurde die Grounded Theory benutzt, um die Hauptsorgen der Kinder abbilden zu können und um den Prozess aufzuzeigen, der verwendet wurde, um diesen Sorgen entgegen zu wirken.</p> <p>Stichprobe Ärzte und Pflegefachpersonen eines grossen urbanen Krebszentrums nannten den Forschenden Mütter von möglichen Probanden, welche dann von den Forschenden angerufen wurden, um nach deren Einverständnis zu fragen. Die Mütter wurden jeweils gebeten, mit ihren Kindern über die Studie zu sprechen, um auch deren Einverständnis einzuholen. Im Ganzen konnten 28 Kinder (14 Mädchen, 14 Jungen) zwischen 7 und 11 Jahren rekrutiert werden. Es gab 3 Geschwistergruppen (6 Kinder) und weitere 4 Kinder, deren Eltern getrennt lebten, die Kinder jedoch Vollzeit bei ihrer Mutter lebten.</p> | <p>Die Ergebnisse wurden in einem Diagramm festgehalten. Darin werden ein grosses Überthema, das „Beschützen“, und drei kleine, die „Umlagerung der Normalität“, die „Abschirmung“ und der „Übergang“, dargestellt.</p> <p>Das Beschützen wird als Hauptthema beschrieben, da die Kinder dies als grosse Sorge genannt hatten und es die entsprechenden Kriterien für ein Überthema erfüllte.</p> <p>Die restlichen drei Themen greifen sowohl ineinander, ergänzen aber auch das „Beschützen“.</p> <p>Die „Umlagerung der Normalität“ wird wie folgt beschrieben: Die Kinder realisierten, dass sich in ihrem Alltag etwas änderte und dass sie sich mit dem Konzept des Krebses anfreunden mussten. Ausserdem mussten sie lernen, die sich verändernden Normen zu differenzieren, also zu erkennen, dass der emotionale Tumult durch den Krebs verursacht wurde. Dies sind die jeweiligen Subkategorien für das</p> | <p>Die Forschenden selbst erachten ihre Ergebnisse als wichtig, da sich bis anhin nicht viele Studien mit dem emotionalen Erleben der Kinder während der Diagnosezeit und der Therapie der Mutter beschäftigten. Meist erhielten die anderen Forschenden ihre Informationen von den Eltern anstatt von den Kindern. Offenbar gab es bis anhin auch noch keine ausreichende Literatur von Kindern zwischen 7 und 11 Jahren. Die Forschenden haben ausserdem festgestellt, dass sich die Rollen der Kinder verschieben und sie teils grosse Mühe damit haben. Dennoch solle man erlauben, dass die Erkrankung der Mutter Teil der Biographie des Kindes und der Familie wird. Dies helfe den Kindern, sich zu adaptieren.</p> <p>In der Diskussion wird ausführlich beschrieben, weshalb die Ergebnisse wichtig und nützlich sind und es werden Vergleiche und Verweise zu und mit anderen Forschungsergebnissen gemacht.</p> <p>Im vorletzten Teil der Diskussion wird auf die Limitationen verwiesen. Es könne von der gewählten Populationsgruppe nicht</p> |

| | | | |
|--|---|---|--|
| <p>Ziel der Studie war es, das Wissensdefizit um die Erfahrungen der Kinder während der Diagnosezeit des Brustkrebses der Mutter zu verkleinern. Ausserdem sollten die entsprechenden Informationen auf direktem Weg von den Kindern erarbeitet werden anstatt auf indirektem Weg von den Eltern.</p> | <p>Datenerhebung Die Daten wurden zwischen März 2009 und Juni 2010 gesammelt. Ein semi-strukturiertes Interview von 25-55 Minuten bei den Familien zu Hause wurde dazu verwendet, damit die Teilnehmenden über ihre Erfahrungen mit einer an Brustkrebs erkrankten Mutter erzählen konnten. Die Fragen des Interviews konzentrierten sich auf die Gefühle und Gedanken während der Diagnosezeit und der Zeit, als die Mutter behandelt wurde. Der Interviewleitfaden wurde während der Forschungsphase diverse Male revidiert. Jedoch wurde stets darauf geachtet, dass trotz der Änderungen nichts vergessen ging. Diese Datensammlung wurde bis zur Sättigung gemacht. Die Interviews wurden aufgenommen, verbatim transkribiert und dann Zeile für Zeile analysiert.</p> <p>Datenanalyse Die Transkripte, welche während den Interviews gemacht wurden und Notizen, die während der Dokumentation gemacht wurden, waren Teil der Datenanalyse. Ein spezielles Programm (NVivo) wurde zur Datenverwaltung verwendet und kontinuierlich vergleichende Analysen wurden gemacht. Daten, Codes und Kategorien wurden folglich fortlaufend miteinander verglichen. Der Analyseprozess wurde überwacht und die Codierung und Beziehungen von zwei</p> | <p>Umlagern der Normalität. Jede dieser Subkategorien wird sehr genau beschrieben, um zu verstehen, was die Kinder fühlten. Beim „Abschirmen“ (die Kinder sich selber und die Mutter) werden zwei weitere Subkategorien genannt: Die Krankheit einschätzen und den Krebs in eine Box zu packen. Auch diese Strategien werden genau beschrieben und mit Zitaten belegt. Das dritte Thema beschreibt den „Übergang“. Im Diagramm werden hier 2 Subkategorien dargestellt: Der Wille zu renormalisieren und die Erhaltung der Balance. Hier wird im Fliesstext erklärt, wie diese Begriffe zu verstehen sind. Es geht vor allem darum, dass sich das Kind an die „neue“ Realität gewöhnt und einen gesunden Alltag bestreiten kann. Auch dieser Abschnitt wird mit Zitaten unterstrichen. In einer kleinen Zusammenfassung werden die gesamten Ergebnisse nochmals als Fliesstext dargestellt.</p> | <p>auf ganz alle Kinder mit ähnlichen demographischen Merkmalen geschlossen werden, da es sich hier um eine gesellschaftliche Mittelklasseschicht handle. Ausserdem sei es möglich, dass die Anwesenheit der Mutter die wahrheitsgemässe Beantwortung der Interviewfragen verhindert habe. Andererseits sei es gut möglich, dass sich die Kinder in ihrem Zuhause wohler gefühlt haben, als sie es an einem anderen Ort getan hätten. Die Antworten der Kinder seien teils sehr kurz ausgefallen und die Forschenden ersuchten die Kinder dann die Frage ausführlicher zu beantworten und/oder mit dem Interview fortzufahren. Auch dies wird als potenziell problematisch erachtet.</p> <p>Schlussfolgerung für die Praxis Pflegefachpersonen sind in einer Schlüsselposition, wenn eine Mutter neu die Diagnose Brustkrebs erhält. Sie sollten folglich ihre Hilfe mit den Kindern anbieten. Dies lässt sich aber auf das ganze interprofessionelle Team anwenden. Pflegefachpersonen müssen weiterhin an der Einschätzung von Interventionsprogrammen beteiligt werden, um den Eltern dieser Kinder behilflich sein zu können.</p> <p>Kinder sollen aktiver in die Forschung mit</p> |
|--|---|---|--|

| | | | |
|--|---|--|--|
| | zusätzlichen qualitativen Pflegeforschenden validiert. Ethik Die Studie wurde von einem Ethikkomitee abgesegnet. | | einbezogen werden, um langfristige Studien durchführen zu können. So kann noch besser mit den betroffenen Familien gearbeitet werden. |
|--|---|--|--|

Würdigung der Studie:

A Grounded Theory Study of Younger Children's Experiences of Coping with Maternal Cancer (Furlong, E. 2017)

| Einleitung | Methode | Ergebnisse | Diskussion |
|--|--|--|---|
| <p>Die Studie stellt eine bereits beantwortete Frage mit neuem Ansatz, nämlich die Kinder direkt nach ihrer aktuellen Erfahrung zu befragen. Es wird eine für die Pflege sinnvolle Frage gestellt, da es sich um einen Perspektivenwechsel handelt. Die Beschreibung des Phänomens ist mit vielerlei Literatur belegt und ist relevant für die Pflege. Es wird keine Forschungsfrage gestellt. Lediglich wird ein Ziel genannt, welches sehr spezifisch ausgeführt wird. Die Einführung wird mit diverser Literatur gemacht, welche ausreichend referenziert ist.</p> | <p>Ansatz/Design Der Ansatz der Grounded Theory macht insofern Sinn, als dass sich viele Möglichkeiten bieten, um Datenmaterial zu sammeln. In diesem Fall hat man sich für Interviews entschieden. Dies ist hier sinnvoll, da es sich um das Erleben und die Erfahrung der Probanden handelt. Die Probanden sollen beschreiben, wie sie sich gefühlt haben. Mit Interviews lassen sich Gefühle besser erfassen als mit vielen quantitativen Methoden.</p> <p>Stichprobe Die Stichprobenziehung ist angebracht und man schien Wert darauf zu legen, dass man eine ausgeglichene Gruppe (gleichviele Jungen wie Mädchen) zusammenstellt. Da sich Furlong mit jüngeren Kindern befassen wollte, ist das Alter der Kinder (7-11 Jahre) ebenfalls sinnvoll gewählt. Somit kann das Ergebnis auf alle Kinder in diesem Alter in dieser Situation (mit einer Mutter,</p> | <p>Die Ergebnisse zeigen eine grosse Vielfalt von gesammelten Daten auf. Die Ergebnisse sind im Kontext verankert und werden durch Zitate unterstrichen. Es wird auch auf nonverbale Aussagen (bspw. Augenverdrehen oder Händebewegungen) verwiesen. Die gewählten Kategorien für das Diagramm sind sehr ausführlich illustriert und dargestellt. Da mehrfach auf die Gesamtsituation verwiesen wird, in der sich die Kinder befinden, lässt sich sagen, dass das Phänomen als Ganzes beleuchtet wird. Die Kategorien des Diagramms sind inhaltlich gut unterscheidbar, da jede Kategorie für sich aufgeschlüsselt und erklärt wird. Im Falle, dass man das Diagramm</p> | <p>Da Furlong einen „neuen“ Ansatz gewählt hat, um die Bedürfnisse und Ängste der Kinder festzustellen, lässt sich sagen, dass sie einen Beitrag zum besseren Verständnis des Phänomens gemacht hat. Das Ziel, welches zu Anfang genannt wurde, wird sehr ausführlich in verschiedenen Kategorien beantwortet und erklärt. Die Ergebnisse werden mit anderen Forschungen verglichen und reflektiert, weshalb man zum entsprechenden Ergebnis gekommen ist. Die Ergebnisse sind insofern für die Pflege brauchbar, als dass die Sensibilität zu diesem Thema gesteigert wird. Ausserdem wird aufgezeigt, dass zu diesem Thema weitere Nachforschungen getätigt</p> |

| | | | |
|--|---|--|---|
| | <p>welche an Brustkrebs erkrankt ist) übertragen werden. Die Grösse der Stichprobe scheint auf den ersten Blick repräsentativ, allerdings fehlen zusätzliche demographische Angaben. Eine Begründung für die Stichprobengrösse wird nicht genannt, jedoch sind die Probanden sehr gut als Informantinnen und Informanten für die jeweilige Situation verwendbar, da sie diese alle, wenn auch auf verschiedene Weisen, erlebt haben.</p> <p>Datenerhebung Bei der Datenerhebung geht es um das Erleben und die Gefühle der Kinder. Die Vorgehensweise der Datenerhebung ist klar geschildert, obwohl der Inhalt der Interviews nicht aufgezeigt wird. Es wird keine Aussage zu den gestellten Fragen gemacht. Über die Datensättigung wird ebenfalls gesprochen, was die grosse Spannweite der Länge der Interviews erklären könnte. Der ethische Rigor wird als solches in den Methoden nicht angesprochen, jedoch werden die Probanden vor der Teilnahme gefragt, ob sie teilnehmen möchten. Im Ergebnisteil nimmt man Bezug dazu.</p> <p>Methodisches Vorgehen Das methodische Vorgehen stimmt mit dem gewählten Ansatz überein (siehe oben) und die Methode ist für das Phänomen geeignet.</p> <p>Datenanalyse Die Datenanalyse ist ausführlich beschrieben. Es fehlt jedoch eine Referenzierung, nach der die Analyse gemacht wurde. Die Schritte der Analyse werden beschrieben und auch, wie man die Daten verwaltet hat. Die Glaubwürdigkeit und die</p> | <p>nicht auf anhin versteht, lässt die Erklärung keine Fragen offen. Des Weiteren wird zum Schluss eine kleine Zusammenfassung der Ausführungen gemacht.</p> | <p>werden müssen, bei denen die Pflege involviert sein sollte.</p> <p>Die Schlussfolgerungen spiegeln die Ergebnisse insofern, dass sich die Pflege auf die im Diagramm dargestellten Kategorien achten sollte und sich mit den Eltern beraten soll, inwiefern sie diese unterstützen kann.</p> |
|--|---|--|---|

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>Validität werden durch zusätzlich beauftragtes Personal sichergestellt. Es wurden Feldnotizen sowie Memos zur Dokumentation analytischer Entscheide erstellt.</p> <p>Ethik Die ethische Vertretbarkeit wurde durch ein Komitee bestätigt und die Beziehungen von externen Fachleuten überprüft.</p> | | |
|--|---|--|--|

Güte / Evidenzlage nach Lincoln und Guba (1985):

- Die Bestätigung ist durch die Aufsicht einer externen Person gewährleistet. Die Datenanalyse wurde folglich überwacht
- Die Zuverlässigkeit wurde durch die regelmässige Reflexion und die Anwesenheit zusätzlicher Fachkräfte zur Überprüfung gewährleistet
- Die Glaubwürdigkeit ist nur teilweise gewährleistet, da zwar die Datenerhebung knapp 1,5 Jahre beansprucht hatte, allerdings nichts über ein peer debriefing oder member checking respektive Kontrastfälle vermerkt ist.
- Die Übertragbarkeit ist durch das Vorhandensein von Zitaten und die Weiterverwendbarkeit der Daten gegeben. In den Zitaten werden auch Beobachtungen auf nonverbaler Ebene beschrieben. Dadurch werden die Ergebnisse nachvollziehbar präsentiert.

Zusammenfassung der Studie:

Information and communication when a parent has advanced cancer (Kennedy, V.L. & Lloyd-Williams, M. 2009)

| Einleitung | Methode | Ergebnisse | Diskussion |
|---|---|---|---|
| <p>Die Studie behandelt das Phänomen der Kommunikation zwischen Kindern und Eltern, von denen einer an fortgeschrittenem Krebs leidet.</p> <p>Hintergrund: Die Diagnose von fortgeschrittenem Krebs eines Elternteils hat grossen Einfluss auf die Struktur und die Funktion einer Familie. Kinder mit einem krebserkrankten Elternteil haben ein höheres Risiko, psychische Störungen zu entwickeln. Besonders die terminale Phase wurde als psychologisch belastender erwiesen, als die darauffolgende Zeit nach dem Verlust. Die Kommunikation zwischen Eltern und ihren Kindern kann Ängste des Kindes reduzieren. Es gibt jedoch auch viele Kinder, die nichts von der Krebserkrankung der Eltern erfahren. Als Gründe für die fehlende Kommunikation werden ein fehlendes Bewusstsein für die Belastung der Kinder, Angst vor einem Zusammenbruch vor den eigenen Kindern, Schuldgefühle, wenn die Elternrolle nicht erfüllt werden kann, Trauer darüber, die Kinder nicht aufwachsen sehen oder die Kinder nicht aufregen wollen, genannt. Als Hauptquellen für Informationen werden die Eltern, Hilfestunden, Ärzte, die Schule und die Medien genannt. Leider zeigten Studien, dass viele Bedürfnisse nach Informationen nicht gestillt werden konnten.</p> | <p>Ansatz / Design: Es handelt sich um einen Ansatz nach Grounded Theory. Eine Begründung für die Wahl des Designs wird nicht gegeben.</p> <p>Stichprobe: Es nahmen insgesamt 28 Menschen an der Studie teil. Davon waren 11 teilnehmenden Kinder. Genauere Angaben zu den Kindern (Alter, Geschlecht etc.) werden nicht gemacht. Die Teilnehmenden wurden in einem Krebszentrum, zwei Hospizen, 5 Praxen für Allgemeinmedizin und einem gynäkologisch-onkologischen Team rekrutiert, indem mögliche Teilnehmerinnen oder Teilnehmer von den Health professionals mittels Informationszettel auf die Studie aufmerksam gemacht wurden. Bei Interesse konnten sich die Betroffenen bei den Forschenden melden. Es wurde eine einzelne Studiengruppe gebildet. Es wird keine Begründung zur Auswahl der Teilnehmenden beschrieben.</p> <p>Datenerhebung: Es wurden semi-strukturierte Interviews bei den Betroffenen zu Hause durchgeführt. Nach Zustimmung der Eltern konnten auch Kinder der Studie zustimmen. Kinder hatten reichlich Zeit, um mit den Forschenden zu sprechen und Fragen zu stellen. Ausserdem hatten Kinder mehrfach die Möglichkeit, sich aus der Untersuchung zurückzuziehen. Zusätzlich wurde ihnen die Entscheidung überlassen, ob sie alleine oder mit</p> | <p>Aufgrund der Interviews konnten folgende Themen erarbeitet werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perspektive der Kinder <ol style="list-style-type: none"> 1) Wunsch nach Information 2) Ausmass der gewünschten Information 3) Art der Information 4) Kommunikation mit den Eltern 5) Kommunikation mit anderen • Perspektive der Eltern <ol style="list-style-type: none"> 1) Den Kindern vom fortgeschrittenen Krebs erzählen 2) Fragen und Anliegen <p>Es wurden keine neuen Modelle entwickelt. Die Ergebnisse werden mit Zitaten bestärkt.</p> | <p>Die Forschenden beschreiben ihre Ergebnisse als sehr wichtig und unterstreichen dies mit bereits bestehender Literatur. Das Ziel der Forschungsarbeit wurde erreicht. Es werden keine Implikationen für die Praxis gegeben. Weitere Forschung ist nötig, damit die Kinder (vor allem ältere) angemessene Informationen erhalten.</p> <p>Es wird lediglich eine Limitation genannt, nämlich wenn Kinder aufgrund einer elterlichen Einweisung bereits Wissen über die Krankheit haben. Weitere Limitationen werden nicht genannt.</p> |

| | | | |
|---|---|--|--|
| <p>Ziel: Ziel der Studie war es herauszufinden, welche Bedürfnisse an Kommunikation und Information Kinder mit einem an fortgeschrittenem Krebs erkrankten Elternteil benötigen.</p> <p>Eine Forschungsfrage wurde nicht gestellt.</p> | <p>den Eltern oder Geschwistern interviewt werden wollten.</p> <p>Methodologische Reflexion: Eine Diskussion zur Wahl des Ansatzes nach Grounded Theory wird nicht gemacht.</p> <p>Datenanalyse: Die Interviews wurden aufgenommen und verbatim durch eine der beiden Forschenden transkribiert. Jeder Teilnehmer und jede Teilnehmerin erhielt ein Pseudonym. Die Daten wurden nach den Grundsätzen der Grounded Theory analysiert. Die Codierungen und Themen wurden durch zurückkehren zu den Daten und dem Vergleich zu den Methoden nach Grounded Theory jeweils überarbeitet. Die eine Forschende war für den ersten Teil der Analyse zuständig, wobei die Transkripte von der zweiten Forschenden nochmals gelesen wurden. Mit drei externen Experten wurden die erarbeiteten Themen diskutiert, indem sie unabhängig voneinander die Codings verglichen und die Konsistenz der Analyse zu den Rohdaten diskutierten. Als Hilfsmittel für die Datenanalyse wurde NVivo Version 2.0. gebraucht.</p> <p>Ethik: Die Studie wurde genehmigt. Weitere ethische Fragen werden nicht diskutiert.</p> | | |
|---|---|--|--|

Würdigung der Studie:**Information and communication when a parent has advanced cancer (Kennedy, V.L. & Lloyd-Williams, M. 2009)**

| Einleitung | Methode | Ergebnisse | Diskussion |
|---|--|--|--|
| <p>Die Studie beantwortet eine wichtige Frage für die Pflege, da auch diese mit krebskranken Patientinnen oder Patienten und deren Kinder in Kontakt kommen können.</p> <p>Das Phänomen wird klar beschrieben und mit zahlreicher Literatur unterstrichen.</p> <p>Das Ziel wurde verständlich formuliert. Eine Forschungsfrage wurde nicht gestellt.</p> <p>Die Signifikanz der Arbeit wird anhand bereits durchgeführter Studien aufgezeigt und kurz diskutiert. Es fehlen nämlich Untersuchungen zur Kommunikation im Allgemeinen oder zu Informationsbedürfnissen von Kindern krebskranker Eltern.</p> | <p>Ansatz / Design: Das Design passt zum Ziel der Studie.</p> <p>Stichprobe: Die Grösse der Stichprobe passt zu einer qualitativen Untersuchung. Die Stichprobe ist insofern repräsentativ, als dass sie auf Populationen in Ländern mit ähnlichem Entwicklungsstand übertragen werden könnte. Da keine genaueren demographischen Angaben zu den Teilnehmenden gemacht werden, ist fraglich, inwieweit die Resultate übertragbar sind. Eine Erklärung zur Grösse der Stichprobe wird nicht abgegeben. Die Teilnehmenden eignen sich als Informantinnen und Informanten, da sie alle einen an fortgeschrittenem Krebs erkrankten Elternteil haben. Allerdings wurden im Ziel die Kommunikation sowie die Bedürfnisse von Kindern gefragt, wofür die Stichprobe mit über der Hälfte Erwachsene weniger repräsentativ scheint.</p> <p>Datenerhebung: Die Datenerhebung untersucht das Erleben der Teilnehmenden in Bezug auf Kommunikation bei fortgeschrittenem Krebs. Die Schritte der Datenerhebung werden dargestellt und vereinzelt genauer ausgeführt. Eine Diskussion zur Datensättigung findet nicht statt. Die Teilnehmenden (explizit werden nur</p> | <p>Die Ergebnisse reflektieren die Reichhaltigkeit der Daten nur bis zu einem gewissen Grad, da bei so vielen Teilnehmerinnen und Teilnehmern durchaus mehr Zitate zur Bestärkung nötig gewesen wären. Ausserdem wären Angaben dazu, wie viele Personen die jeweiligen Themen angesprochen haben und ob es Kinder oder Eltern waren, hilfreich gewesen.</p> <p>Es werden zu jedem Thema 1 bis 2 Zitate erwähnt. Die einzelnen Kategorien sind inhaltlich voneinander unterscheidbar.</p> | <p>Die Diskussion der Resultate ist eher knapp gehalten. Die Ergebnisse werden mit zahlreicher Literatur bestärkt, wodurch sich eine Relevanz für die Pflege zeigt, aber nicht konkret diskutiert wird.</p> <p>Die Forschungsfrage konnte beantwortet werden.</p> <p>Die Limitationen sind nur sehr spärlich beschrieben, dabei weist die Studie durchaus weitere auf:</p> <p>Es werden kaum demographische Angaben zu den Teilnehmenden gemacht. Dadurch kann nur schwer beurteilt werden, inwiefern die Resultate verallgemeinert werden können und wie repräsentativ diese sind.</p> <p>In den Resultaten wird nicht angegeben, wie viele der Teilnehmenden welches Thema angesprochen haben. So kann nur schwer festgestellt werden, ob das Thema von allen genannt wurde oder nur von einer Person. Die Relevanz des jeweiligen Themas wird dadurch nicht aufgezeigt.</p> <p>Die Schlussfolgerungen sind sinnvoll</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | <p>die Kinder erwähnt) hatten mehrere Möglichkeiten, aus der Studie auszusteigen.</p> <p>Methodologische Reflexion: Das methodische Vorgehen passt zum Ansatz der Grounded Theory und ist für das Phänomen geeignet.</p> <p>Datenanalyse: Die einzelnen Schritte der Datenanalyse werden beschrieben und entsprechende Referenzierungen werden gemacht. Die Datenanalyse scheint glaubwürdig, da laut Forschenden Methoden der Grounded Theory berücksichtigt wurden und es wurden externe Fachleute hinzugezogen. Dokumentationen über analytische Entscheidungen werden keine erwähnt.</p> <p>Ethik: Über ethische Fragen wird kaum diskutiert.</p> | | <p>auf die Resultate der Studie abgestimmt.</p> <p>Evidenz-Level: 1.</p> |
|--|--|--|--|

Güte / Evidenzlage nach Lincoln und Guba (1985):

- Confirmability ist gegeben, da externen Fachpersonen die Studie respektive die Datenanalyse begleitet haben und somit ein peer debriefing stattgefunden hat.
- Dependability wurde erreicht, da die Kodierungen sowie Themen regelmässig überarbeitet wurden und immer wieder mit den Methoden der Grounded Theory abgeglichen wurden.
- Credibility ist nicht vorhanden, da weder Informationen über Triangulationen oder peer debriefings gegeben sind.
- Transferability wurde erreicht, da die Ergebnisse mit Hilfe von Zitaten bestärkt wurden.

Zusammenfassung der Studie:

Coping, Social Relations, and Communication: A Qualitative Exploratory Study of Children of Parents with Cancer (Thastum, M., Johansen M.B., Gubba L., Olesen L.B. & Romer G. 2008)

| Einleitung | Methode | Ergebnisse | Diskussion |
|--|---|---|--|
| <p>In der Studie wird der psychosoziale Stress von Kindern mit Eltern mit Krebs beschrieben.</p> <p>Hintergrund: Es werden verschiedene Stressfaktoren für Kinder beschrieben, deren Eltern an Krebs leiden. Beispiele dafür sind der Verlust eines Elternteils, da dieser gestorben ist, die temporäre Abwesenheit wegen eines Krankenhausaufenthalts, die Symptome der Behandlung, soziale Stigmatisierung oder Rollenveränderungen. Es werden verschiedene Studien mit ähnlichem Hintergrund genannt, bei denen beispielsweise festgestellt wurde, dass es Unterschiede zwischen den Geschlechtern gibt, oder dass es eine Rolle spielt, ob der erkrankte Elternteil weiblich oder männlich war. Diese Studien wurden meist mittels halbstrukturierter Interviews gemacht. Auch wurden teils die Copingstrategien der Kinder beobachtet. Dabei wurde auch herausgefunden, dass</p> | <p>Ansatz/Design Die Studie wurde deskriptiv-phänomenologisch nach Giorgi & Giorgi (2003) gestaltet.</p> <p>Stichprobe Die Probanden wurden von 2 Abteilungen des Aarhus Universitätsspitals rekrutiert. Die Abteilungen waren beide auf die Behandlung von Krebserkrankungen spezialisiert. Zur Rekrutierung wurde den Probanden von den Pflegefachpersonen jeweils eine Informationsbroschüre abgegeben. Die Anfragen gingen an alle Patienten mit Kindern im Alter von 8-15 Jahren. Nach 6 Monaten wurden 9 Familien gefunden. Da dies jedoch noch zu wenig war, wurde danach noch an anderen Orten (z.B. in einer Zeitung) für die Studie geworben. Die finale Stichprobe bestand aus 31 Familien, von denen sich 12 Familien für das Interview bereit erklärten. In 3 weiteren Familien wurden lediglich die Kinder interviewt, da man erst zu einem späteren Zeitpunkt beschloss, die Eltern ebenfalls zu befragen. Die Stichprobe umfasste schlussendlich 21 Kinder, von denen 8</p> | <p>Die Resultate werden nach folgenden Kategorien eingeteilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Levels von Information • Die kindliche Wahrnehmung des emotionalen Zustandes des Elternteils • Der Gebrauch von Copingstrategien der Kinder • Tipps für andere Kinder <p>Levels von Information Mit wenigen Ausnahmen wurden die Kinder jeweils kurz nach der Diagnose von den Eltern informiert. Die Kinder bemerkten, dass es für sie wichtig war, ein möglichst genaues Wissen über die Krankheit zu haben. Dieses Wissen war für die Kinder auch wichtig, um Handlungsstrategien zu entwickeln. Einige hätten sich mehr Informationen gewünscht, da sie sich erhofft hatten, helfen zu können oder sich besser um den kranken Elternteil kümmern zu können. Es war ausserdem wichtig für die Kinder zu wissen, was mit dem Elternteil passiert, wenn dieser im Spital ist. Einige Kinder drückten jedoch aus, dass es ihnen Angst</p> | <p>Das Ergebnis der Forschung deckt sich mit den Erwartungen der Forschenden. Denn die Kinder beteuerten mehrfach, dass es für sie wichtig gewesen sei, ausreichend informiert zu sein. In den Familien, in denen dies nicht der Fall war, hatten die Kinder folglich mit den Konsequenzen zu kämpfen. Da die Kinder in diesem Falle meist sehr gut informiert waren, trat das „magische Denken“ hier nicht so auf, wie teils in anderen Studien. Dies wird zum einen mit dem Fehlen von Vorschulkindern begründet, zum anderen wird auch die Möglichkeit in Betracht gezogen, dass andere Forscher die Kinder missverstanden haben. Eltern drückten jedoch Mühe aus, ihre Kinder altersgerecht zu informieren. Die Eltern hätten sich ausserdem gewünscht, dass ihre Kinder offener mit ihren Emotionen umgegangen wären. Von den Kindern wurde jedoch der gesunde Elternteil (vor allem die Väter) bezüglich Emotionen als extrem unkommunikativ wahrgenommen. Offene Kommunikation wurde in Korrelation mit besserem Selbstvertrauen,</p> |

| | | | |
|---|---|--|--|
| <p>emotionsgebundene Copingstrategien oft zu Stress geführt haben. Ein weiterer Risikofaktor waren Unstimmigkeiten in der Familie. Nutzbringend waren jedoch offene Kommunikation und unter anderem der Zusammenhalt der Familie.</p> <p>In einem anderen Beispiel hatte man vier Copingstrategien identifiziert: Sich so zu verhalten, als würde man in den Schuhen der kranken Mutter stecken, sein Tagesgeschäft weiterführen wie bisher, sich von der Gruppenenergie mitreißen lassen und die Krankheit „auf den Tisch legen“.</p> <p>Bis anhin wurden noch keine Studien gemacht, bei dem das subjektive Erleben des Kindes mit dessen Wahrnehmung des emotionalen Zustandes des Elternteils in Verbindung gebracht wurde.</p> <p>Das Ziel war es folglich herauszufinden, wie es ein Kind über die Krankheit eines Elternteils zu informieren gilt, wie ein Kind den emotionalen Zustand eines erkrankten Elternteils wahrnimmt, wie ein Kind mit der Krankheit eines Elternteils umgeht, wie sich diese Strategie auf den Umgang der Eltern auswirkt und wie das Kind die angebotene soziale Unterstützung wahrnimmt.</p> | <p>Jungen waren (Durchschnittsalter 11 Jahre) und 13 Mädchen (Durchschnittsalter ebenfalls 11 Jahre). In 13 Familien war die Mutter krank und in den anderen 2 der Vater. 8 der Mütter hatten Brustkrebs, 2 Lungenkrebs, 2 Lymphkrebs und eine Zervixkrebs. Beide Väter hatten Lungenkrebs. Die Zusammensetzung der Familien war wie folgt: 8 „gewöhnliche“ Familien, 3 Familien mit Stiefeltern, 2 Familien mit einer alleinerziehenden Mutter und eine Familie mit einem adoptierten Kind.</p> <p>Datenerhebung Die Datenerhebung wurde mittels halbstrukturierten Interviews gemacht, von denen sowohl mit den Eltern als auch mit den Kindern jeweils eines gemacht wurde. Der Leitfaden für die Interviews wurde nach den ersten 5 angepasst. Die Interviews wurden mit offenem Ende gestaltet, jedoch wurde das Thema von den Forschenden vorgegeben. Folgende Themen waren Teil des Interview-Leitfadens für die Kinder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das Wissen über die Krankheit des Elternteils • Die Wahrnehmung über die Konsequenzen, welche die Krankheit für die Familie hat • Die Wahrnehmung bezüglich Einschränkungen als Konsequenz der Krankheit • Die Erfahrung mit sozialer | <p>machte, selbst mit im Krankenhaus zu sein oder dass es sie langweile. Die Kinder hatten teils auch Mühe, sich von ihren Elternteilen zu verabschieden, wenn diese ins Krankenhaus mussten.</p> <p>Kindliche Wahrnehmung des emotionalen Zustandes des Elternteils Die Fähigkeit klar zu kommunizieren, sei es über Handlungen oder über Emotionen, wurde als hilfreiche und schützende Strategie geachtet. Familien, in denen Gefühle offen gezeigt wurden, wiesen wesentlich weniger depressive Neigungen auf. Die Kinder konnten somit mehr Sensibilität und Empathie sowohl gegenüber dem kranken als auch dem gesunden Elternteil zeigen. Die Kinder zeigten auch ein hohes Level an Empathie mit den Vätern, welche nun mit vielen neuen Aufgaben konfrontiert waren, da ihre Partnerin krank war.</p> <p>Gebrauch von Copingstrategien der Kinder Das Coping wird hier in zwei Kategorien unterteilt: das Problem-fokussierte und das Emotions-fokussierte Coping. Ausserdem werden fünf Copingstrategien identifiziert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anderen Helfen • „Parentification“ • Ablenkung • Es im Kopf behalten • Wunschenken | <p>mehr Glücksgefühlen und mehr Zufriedenheit der Kinder gebracht. In einer anderen Studie habe man die Erfahrung gemacht, dass die offene Kommunikation mit einer signifikanten Senkung der Post-Traumatischen-Belastungs-Störungs-Symptomen gebracht werden kann.</p> <p>Die fünf identifizierten Copingstrategien werden als Emotional-fokussierte Methoden bezeichnet, welche jedoch laut anderen Forschungen zu höheren Angst- und Depressionsleveln geführt haben, als die Problem-fokussierten.</p> <p>Bei der Definition des Begriffs „Parentification“ wurde eingestanden, dass diese in der vorliegenden Studie nicht der klassischen Definition entspricht.</p> <p>Die Ergebnisse werden auf verschiedene Weise beleuchtet und auch kritisch hinterfragt. Ausserdem befasste man sich mit den Ergebnissen aus anderen Forschungen und verglich diese mit den eigenen und überlegte sich, weshalb man zu unterschiedlichen Ergebnissen gekommen war.</p> <p>Die Forschungsfrage wird auf sehr vielschichtige Weise beantwortet. Bereits im Teil „Ergebnisse“ wurde über die Resultate und die Antworten zur Forschungsfrage geschrieben, denn eine kurze, knappe Antwort ist in diesem Fall nicht möglich.</p> |
|---|---|--|--|

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>Unterstützung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emotionale Reaktionen im Zusammenhang mit der elterlichen Krankheit • Copingstrategien im Zusammenhang mit der elterlichen Krankheit • Gefühle wie Schuld oder das Hoffen auf ein Wunder • Die Erfahrung mit der eigenen Gesundheit • Tipps für andere Kinder in derselben Situation <p>Folgende Themen waren Teil des Leitfadens für die Eltern:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Involvierung der Kinder in die Krankheit und das Wissen darüber • Die Konsequenzen der Krankheit für die Kinder • Die Copingstrategien der Eltern bezüglich der Krankheit <p>Eine Woche bevor die Interviews jeweils stattfanden, wurden den Familien Fragebögen zugestellt, welche sie ausfüllen mussten. Die Kinder bekamen jeweils Hilfe von den Forschenden. Diese Hilfe beim Ausfüllen der Fragebögen diente ausserdem als Erstkontakt mit den Kindern. Sowohl die Interviews als auch das Ausfüllen der Fragebögen wurde bei den Familien zuhause gemacht.</p> <p>Die Interviews wurden transkribiert. Die</p> | <p>Tipps für andere Kinder</p> <p>Viele der Kinder würden anderen raten, dem kranken Elternteil zu helfen.</p> <p>Kinder aller Altersgruppen würden anderen raten, mit anderen Kindern über die Krankheit des Elternteils zu sprechen. Die älteren Kinder würden anderen raten, Rücksicht auf den kranken Elternteil zu nehmen, diesen beispielsweise im Krankenhaus zu besuchen, oder versuchen, diesen glücklich zu machen. Fast alle Kinder wünschten sich für andere, dass diese gut informiert sind.</p> <p>Viele dieser Punkte wurden mit Interviewausschnitten bestärkt.</p> | <p>In der Schlussfolgerung wird noch folgendes gesagt:</p> <p>Die Kinder schienen zwar alle recht gut mit der Krankheit zurechtgekommen zu sein, jedoch stehen sie massiv unter deren Einfluss. Es scheint ein wichtiger Faktor zu sein, wie die Familie in sich funktioniert, ob sich ein Kind gut an die neue Situation anpassen kann oder nicht. Diese und andere ähnliche Studien versuchten einen Beitrag zum Verstehen dieser Familien und der Kinder zu leisten. Was für uns als Gesundheitsfachpersonen wichtig scheint, ist dass wir versuchen, die Unterstützungsmöglichkeiten zu bieten, welche die Familie gerade braucht und die Eltern darin zu unterstützen, dass ihre Kinder ihre Sorgen und Gedanken mit ihnen teilen. Ansonsten können sich ernste psychologische Probleme entwickeln.</p> |
|--|---|--|--|

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>Transkriptoren wurden angewiesen, die Aussagen nicht zu verändern und nicht umzuformulieren. Es wurden jedoch keine andere akustischen Merkmale aufgenommen (wie die Längen der Pausen, ein bedeutsamer Atemzug oder ähnliches). In Zweifelssituationen wurden die Aufnahmen jeweils nochmals angehört.</p> <p>Datenanalyse Zur Analyse der Daten wurde ein phänomenologischer Ansatz nach Giorgi & Giorgi (2003) gewählt. Zunächst wurden die Interviews zum Verständnis des Wesentlichen durchgelesen. Mit Hilfe von NVivo wurde ein Knotenbaum zur ersten Darstellung der zentralen Aspekte der Interviews erstellt. Das Codieren von 3 Interviews erfolgte durch 3 Forscher unabhängig voneinander. Anschliessend wurden die Codes diskutiert, wodurch neue Knotenpunkte und dadurch ein neuer Knotenbaum entstanden ist. Es wurden die restlichen Studien codiert und neue Knotenpunkte wurden diskutiert, woraus ein endgültiger Knotenbaum resultierte. Zum Schluss wurden die Hauptaussagen der Interviews zusammengefasst und in Fallgeschichten verpackt.</p> <p>Ethik Es wurden keine ethischen Aspekte diskutiert.</p> | | |
|--|---|--|--|

Würdigung der Studie:

Coping, Social Relations, and Communication: A Qualitative Exploratory Study of Children of Parents with Cancer
 (Thastum, M., Johansen M.B., Gubba L., Olesen L.B. & Romer G. 2008)

| Einleitung | Methode | Ergebnisse | Diskussion |
|---|---|--|---|
| <p>Es wird ein für die Pflege sehr relevantes Thema aufgezeigt, da immer mehr auch jüngere Menschen eine Krebsdiagnose erhalten und diese des Öfteren Kinder haben, welche von der Situation betroffen sind.</p> <p>Das Phänomen wird mehr als ausreichend mit diversen Punkten beschrieben.</p> <p>Das Ziel wird genau beschrieben und auch werden Teilfaktoren der Forschung genannt.</p> <p>Zuerst wird die Forschungsfrage anhand von verschiedenen Punkten, die es zu erforschen galt, festgehalten. Zum Schluss der Einleitung wird jedoch noch genau festgehalten, dass man herausfinden wollte, welches die Kernaspekte sind, welche für die Familien wichtig waren.</p> <p>Das Thema wird sehr präzise und vielfältig mit diverser vorhandener Literatur eingeführt.</p> | <p>Der gewählte Ansatz (phänomenologisch-deskriptiv, also qualitativ) ist für diese Forschungsfrage passend. Auch die Verwendung eines Fragebogens (quantitativer Ansatz) macht in diesem Fall Sinn, obwohl nicht beschrieben wird, was genau Teil des Fragebogens war.</p> <p>Die Stichprobenziehung ist sinnvoll und die Stichprobengröße für ein qualitatives Verfahren genügend. Für den quantitativen Teil in Form eines Fragebogens scheint die Stichprobengröße jedoch zu klein. Des Weiteren wurde die Auswahl der Stichprobe nicht begründet. Es ist schwierig zu sagen, ob sich in der Populationsgruppe gewisse Tendenzen verstecken, zumal fast die Hälfte der betroffenen Elternteile an Brustkrebs litten. Das Setting ist ausreichend beschrieben. Es scheint, als seien die Probanden sinnvoll ausgewählt worden, um sachkundige Auskunft zu geben, damit man ernstzunehmende Daten erfassen kann.</p> <p>Die Teilnehmenden erleben alle das zu erforschende Phänomen, was sie zu hervorragenden Informationsquellen macht.</p> <p>Bei der Datenerhebung geht es vor allem um das Erleben der Menschen in der entsprechenden Situation.</p> | <p>Die Ergebnisse werden dank Zitaten aus den Interviews präzise geschildert.</p> <p>Die Ergebnisse werden in sinnvolle Kategorien unterteilt, welche auch am Anfang bereits genannt wurden.</p> <p>Die Reichhaltigkeit der Daten wird ausführlich dargestellt.</p> <p>Die Ergebnisse werden in keinem Modell oder Tabelle dargestellt sondern lediglich als unübersichtlicher Text.</p> | <p>Die Studie versucht einen differenzierten Blickwinkel zu bieten, der zum besseren Verständnis dieser betroffenen Menschen und deren Bedürfnisse führen soll.</p> <p>Die Forschungsfrage kann sehr umfassend beantwortet werden, da das Erleben der Betroffenen sehr vielschichtig und differenziert dargestellt ist.</p> <p>Die Bedeutung für die Pflege wird nicht diskutiert. Jedoch sind die Ergebnisse für die Pflege relevant, da auch Pflegefachpersonen mit Informationsabgabe zu tun haben und darauf achten müssen, dass diese adressatengerecht gemacht wird.</p> <p>Die Studie weist ein paar Limitationen auf: Die Forschenden stellen die Repräsentativität der Ergebnisse in Frage, da aus den ursprünglich 31 Familien nur 12 an einer Teilnahme zugestimmt haben. Die Länge und Komplexität der einzelnen Interviews ist sehr vielfältig. Obwohl die Interviews bei den Teilnehmenden zu Hause stattgefunden haben, stellen die Forschenden die Möglichkeit in den Raum, dass nicht alle Kinder ihre Gedanken und Gefühle geäußert haben. Es wurde lediglich verbal kommuniziert. Durch nonverbale Kommunikation hätten möglicherweise zusätzliche</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>Die Signifikanz wird an verschiedenen Stellen immer wieder angesprochen, jedoch nie ganz konkret ausformuliert.</p> | <p>Die Vorgehensweise zur Datenerhebung ist, bis auf die mangelhafte Darlegung der Inhalte der Fragebögen, sehr genau dargestellt. Über die Datensättigung wird nicht geschrieben, wie auch nicht über die Selbstbestimmung. Die einzige Selbstbestimmung, welche die Teilnehmenden haben, ist, ob sie am Interview teilnehmen möchten oder nicht.</p> <p>Die Methode ist für die Fragestellung sehr sinnvoll, da es sich um ein Phänomen handelt, bei dem man das Erleben der Menschen erforschen möchte.</p> | | <p>Informationen erlangt werden können.</p> <p>Schlussfolgerung Die Empfehlungen, welche implizit gemacht werden, lassen sich für alle beteiligten Berufsgruppen anwenden. Die Schlussfolgerungen fassen auch die wichtigsten Ergebnisse der Studie nochmals zusammen.</p> <p>Evidenz-Level: 1.</p> |
|--|--|--|--|

Güte / Evidenzlage nach Lincoln und Guba (1985):

- Zitate wurden als „Beleg“ verwendet → Übertragbarkeit erreicht
- Es wurde keine externe Betreuung erwähnt und es wurde nur anhand einer einzigen Stichprobe geforscht → Zuverlässigkeit nicht erreicht
- Es wurden keine peer debriefings durchgeführt, jedoch wurde beim Interviewen auch beobachtet. Der Nicht-Einbezug der Beobachtungen wurde begründet. Es wurden Negativfälle erwähnt → Glaubwürdigkeit teilweise erreicht
- Zum Thema Bestätigung ist es schwierig, eine Aussage zu machen, da es nicht den Anschein macht, als wäre eine externe Person beteiligt gewesen und es werden keine Auditprozesse beschrieben → Bestätigung nicht erreicht

Zusammenfassung der Studie:

Children's Perceived Social Support After a Parent Is Diagnosed with Cancer (Wong, M., Ratner, J., Gladstone, K.A., Davtyan, A., Koopman, C. 2010)

| Einleitung | Methode | Ergebnisse | Diskussion |
|---|--|---|--|
| <p>Die Studie beschreibt das Erleben sozialer Unterstützung von Kindern mit einem an Krebs erkrankten Elternteil.</p> <p>Hintergrund: Es ist bekannt, dass eine Krebserkrankung die ganze Familie und insbesondere die Kinder betrifft. Frühere Forschungen haben gezeigt, dass soziale Unterstützung mit der Qualität sowie Funktion von sozialen Beziehungen in Zusammenhang steht. Kinder, bei welchen ein Elternteil an einer potenziell lebensbedrohlichen Krankheit betroffen ist, neigen dazu, mehr Stress und Angst zu erleben. Dazu kommen unter anderem Veränderungen in den schulischen Leistungen, somatische Symptome sowie Veränderungen in der Persönlichkeit. Die Kommunikation innerhalb von Familien gewinnt bei einer Krebserkrankung zunehmend an Bedeutung.</p> | <p>Ansatz/Design: Diese Studie ist phänomenologisch, qualitativ und richtet sich nach den Prinzipien der Grounded Theory. Zur Gewinnung neuer Erkenntnisse wird dabei ein induktiver Ansatz verwendet. Die beiden Fragebögen entsprechen einem quantitativen Ansatz.</p> <p>Stichprobe: Die Teilnehmenden wurden durch öffentliche Internetseiten rekrutiert. Um an der Studie teilnehmen zu dürfen, mussten die Teilnehmenden mindestens 18 Jahre alt sein, Englisch sprechen, eine Einverständniserklärung unterschreiben und zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose des Elternteils zwischen 8 und 17 Jahre alt sein. Ein Teilnehmer, bei dem beide Elternteile an Krebs erkrankt sind, wurde aus der Studie ausgeschlossen. Schlussendlich waren es 29 Teilnehmerinnen und Teilnehmer (20 Frauen, neun Herren) im Alter zwischen 18 und 38 Jahren, die sich für die Teilnahme an der Studie meldeten und die Einschlusskriterien erfüllten. Etwas mehr als die Hälfte der damals erkrankten Eltern waren Mütter, wobei zum Zeitpunkt der Interviews knapp 2/3 der erkrankten Elternteile noch lebten.</p> | <p>Aus den Daten konnten folgende fünf Kategorien gebildet werden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Zuhören und verstehen (beim Erzählen von Erfahrungen), n = 10 2) Unterstützung und Bestärkung, n = 15 3) Greifbare Hilfe (in alltäglichen Arbeiten und mit wenig Verantwortung), n = 8 4) Kommunikation über Krebs und dessen Behandlung (dem Alter und Entwicklungsstand des Kindes angepasst), n = 10 5) Normalität im Leben, n = 3 <p>Die Kategorien werden neben dem Text auch tabellarisch mit Zitaten dargestellt. In den Kategorien 1)-4) wurden jeweils hilfreiche als auch verletzende Aspekte genannt. Lediglich Kategorie 5) wurde nur als hilfreich bezeichnet.</p> <p>Neben den entstanden Kategorien wurden auch die beiden Assessments des subjektiven</p> | <p>Die Forschenden konnten 5 Kategorien von sozialer Unterstützung bilden. Es wird dabei auf Gemeinsamkeiten von bereits vorhandener Literatur verwiesen, wo vier dieser nun 5 Kategorien erläutert wurden. Neu hinzugekommen ist die Kategorie 5), „Normalität im Leben“. Näher wird nicht darauf eingegangen. Je nach Situation wurden manche Kategorien als hilfreich, andere wiederum als verletzend beschrieben. Daher ist eine gewisse Flexibilität für die momentane Situation des Kindes nötig. Eine Anpassung an die Bedürfnisse und Umstände jedes einzelnen Kindes oder der Familie ist wichtig. Die Evaluation des Alters und des Entwicklungsstandes des Kindes sind von Vorteil, um potenzielle Probleme frühzeitig erkennen zu können.</p> <p>Manche der Teilnehmenden empfanden die Unterstützung aufgrund von fehlendem Verständnis für deren Bedürfnisse als nicht hilfreich. Um herausfinden zu können, was das einzelne Kind als hilfreich respektive als verletzend erlebt, ist eine sorgfältige Beobachtung wichtig. Mögliche Anzeichen, dass eine Unterstützung verletzend sein</p> |

| | | | |
|---|--|--|---|
| <p>Ziel: Das Ziel der Studie war, die wahrgenommene soziale Unterstützung von Kindern mit einem krebskranken Elternteil darüber zu untersuchen, ob diese als hilfreich oder gar verletzend erlebt wurde.</p> | <p>Datenerhebung: Bevor die Interviews einmalig durchgeführt wurden, mussten alle Teilnehmenden zunächst einen Fragebogen zu deren demographischen Eigenschaften ausfüllen. Den Teilnehmerinnen und Teilnehmern wurden anschliessend folgende fünf Fragen gestellt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Wie wurde Ihr Leben durch die Krebserkrankung Ihres Elternteils beeinflusst? 2) Was war die grösste Herausforderung im Umgang mit der Krebserkrankung? 3) Was haben andere Menschen während dieser Zeit gesagt oder getan und was wurde als hilfreich respektive als verletzend empfunden? 4) Was hätten Sie sich als Hilfe gewünscht, um mit der Situation umgehen zu können? 5) Rückblickend auf Ihre Erfahrung, welchen Ratschlag würden Sie jungen Erwachsenen geben, die momentan die Krebserkrankung eines Elternteils erleben? <p>Um eine einheitliche Befragung zu erreichen, wurden keine weiteren Fragen gestellt. Die Studie fokussierte auf die Antworten der Frage Nummer 3).</p> <p>Zur Einschätzung des subjektiven Sozialstatus wurden zwei Assessments – die MacArthur Scale of Subjective Social Status (2000) und die UCLA Social Support Inventory (1994) – verwendet.</p> <p>Methodologische Reflexion: Die Forschenden haben sich für eine Grounded</p> | <p>sozialen Status (Mac Arthur und UCLA) ausgewertet. Es konnte keinen signifikanten Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Teilnehmenden festgestellt werden.</p> | <p>könnte, sind der physikalische und / oder emotionale Rückzug des Kindes oder aber auch dessen Reaktion in Form von Traurigkeit, Wut oder Angst.</p> <p>Offene Interviews haben den Vorteil, dass die Teilnehmenden ihre individuelle Erfahrung in den eigenen Worten äussern können. Dadurch können unerwartete Themen aus den Daten gewonnen werden.</p> <p>Die Studie hat gewisse Limitationen: Da sich die Teilnehmenden von sich aus für die Studie melden sollten, wurden jene, die sich nicht gemeldet haben, natürlich nicht untersucht. Die Teilnehmenden waren alle auf einer ähnlichen sozioökonomischen Stufe, wodurch die Resultate nur begrenzt verallgemeinert werden können.</p> <p>Die Interviews wurden rückblickend auf die Erkrankung des Elternteils geführt, wodurch eine gewisse Verzerrung des Erlebten denkbar ist. Dies hat einen Einfluss auf die Resultate. Auch der emotionale Zustand der Teilnehmenden, bei denen ein Elternteil in der Zwischenzeit bereits verstorben ist, hat einen Einfluss. Diese Teilnehmenden befinden sich möglicherweise immer noch im Trauerprozess. Daher können gewisse Veränderungen passiert sein, was und wie die Teilnehmenden die Situation erlebt haben.</p> <p>Weitere Resultate, die das Thema einer Posttraumatik oder Stress betonten, wurden nicht explizit diskutiert, allerdings in einer weiteren Studie von den Forschenden</p> |
|---|--|--|---|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | <p>Theory mit induktiver Herangehensweise entschieden. Eine Begründung hierfür fehlt.</p> <p>Datenanalyse: Die Daten wurden mehrmals gelesen, um anschliessend von einer Person codiert zu werden. Es wurde vorgängig keine Literatur beigezogen, um Gebiete der sozialen Unterstützung zu bestätigen. Die Interview-Transkripte wurden in mögliche Einheiten unterteilt und offen codiert. Die möglichen Einheiten wurden induktiv untersucht, um aus den Daten spezifische Themen herauszuarbeiten.</p> <p>Ethik: Die Studie wurde durch die „appropriate institutional review board“ genehmigt.</p> | | <p>analysiert.</p> <p>Langzeitstudien zu Kindern und krebskranken Eltern sind daher nötig. Insbesondere das Verständnis, warum etwas als hilfreich oder als verletzend erlebt wird, soll künftig erforscht werden.</p> |
|--|--|--|--|

Würdigung der Studie:

Children's Perceived Social Support After a Parent Is Diagnosed with Cancer (Wong, M., Ratner, J., Gladstone, K.A., Davtayan, A., Koopman, C. 2010)

| Einleitung | Methode | Ergebnisse | Diskussion |
|---|---|--|---|
| <p>Die Studie beschreibt ein für die Pflege relevantes Thema. Die Relevanz für die Pflege wird mit keiner Literatur diskutiert.</p> <p>Das Phänomen „Kinder mit einem krebskranken Elternteil“ wird kurz beschrieben.</p> | <p>Ansatz/Design: Wahl des Designs passt zum Phänomen und zum Ziel der Studie.</p> <p>Stichprobe: Die Wahl der Stichprobe wurde nicht begründet. Einschlusskriterien für die Teilnehmenden waren klar definiert. Ausgeschlossen wurden nur Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen beide Elternteile an Krebs erkrankt sind. Die Forschenden warben lediglich für ihre Studie auf</p> | <p>Die Ergebnisse werden mit Daten (Zitate) bestätigt. Die Kategorien sind inhaltlich voneinander unterscheidbar und in der Bedeutung präzise.</p> | <p>Die Resultate werden nur vereinzelt interpretiert. Es fehlt daher an wichtigen Punkten für das bessere Verständnis für das Phänomen.</p> <p>Zwar wurde keine Forschungsfrage gestellt, aber das Ziel der Studie (positive und negative Effekte von</p> |

| | | | |
|---|---|--|--|
| <p>Wichtige Hintergrundinformationen werden mit unterschiedlichen Literaturquellen präsentiert.</p> <p>Das Ziel der Studie wird klar aufgezeigt, eine Forschungsfrage wurde nicht formuliert.</p> | <p>Internetseiten, wofür sich die Teilnehmenden selber melden mussten. Welche Art von Internetseiten dafür ausgewählt wurde, ist nicht beschrieben. Die Stichprobenziehung ist daher für dieses Design nur teilweise angebracht. Demographische Daten der Teilnehmenden wurden zwar erhoben, allerdings werden keine genaueren Angaben dazu gemacht. Die Stichprobengrösse (n=29) entspricht der eines qualitativen Designs. Für den quantitativen Teil, der nur einen kleinen Platz in der Studie einnimmt, wären mehr Probanden erwünscht gewesen, um repräsentative Ergebnisse zu erzielen. Die Studie wurde in den USA durchgeführt und es werden nur vereinzelte demographische und sozioökonomische Angaben zu den Teilnehmenden gemacht. Die Resultate können daher nur mit Vorsicht auf andere Populationen übertragen oder generalisiert werden.</p> <p>Datenerhebung: Bei der Datenerhebung geht es um das Erleben sozialer Unterstützung von Kindern, bei denen ein Elternteil an Krebs erkrankt ist. Die Vorgehensweise wird Schritt für Schritt nachvollziehbar dargestellt. Es wird weder zur Datensättigung noch zur Selbstbestimmung der Teilnehmenden diskutiert.</p> <p>Methodologische Reflexion: Es wird kein philosophischer Hintergrund oder Standpunkt der Forschenden erläutert. Das methodische Vorgehen passt zum gewählten Forschungsansatz. Da keine Forschungsfrage erwähnt wird, ist auch der gewählte methodologische Ansatz nicht offensichtlich.</p> <p>Datenanalyse: Das Vorgehen in der Datenanalyse wird kurz beschrieben. Es wird eine Referenz zur Datenanalyse gemacht und die einzelnen Schritte sind kurz erläutert. Die Glaubwürdigkeit der Datenanalyse ist nicht aus der Beschreibung der Studie zu erschliessen. Ebenfalls wurden keine Dokumente oder Aufzeichnungen zu analytischen Entscheidungen erwähnt.</p> | <p>Die Ergebnisse werden in keinem Modell dargestellt, lediglich als übersichtliche Tabelle.</p> <p>Die Reichhaltigkeit der Daten wird durch die Ergebnisse dargestellt.</p> | <p>sozialer Unterstützung zu evaluieren) konnte mit den Ergebnissen erreicht werden.</p> <p>Es wird vereinzelt auf bereits bestehende Literatur verwiesen, allerdings jeweils nur kurz.</p> <p>Die Bedeutung der Resultate für die Pflege wird nicht diskutiert. Dadurch können die Schlussfolgerungen nur begrenzt umsetzen lassen. Es fehlt an konkreten Implikationen oder Empfehlungen.</p> <p>Die Schlussfolgerungen passen zu den Ergebnissen.</p> <p>Die Studie hat Evidenzlevel 1.</p> |
|---|---|--|--|

| | | | |
|--|---|--|--|
| | Ethik: Die zuständige Ethikkommission wurde herbeigezogen und gab ihre Erlaubnis zur Durchführung der Studie. Aufgrund von HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act) und der IRB (Institutional Review Board) durften die Forschenden keine weiteren Fragen zu Todesumständen von Eltern stellen. Ansonsten wurden keine ethischen Fragen diskutiert. | | |
|--|---|--|--|

Güte / Evidenzlage nach Lincoln und Guba (1985):

- Die Strategie der Forschenden ist transparent und nachvollziehbar dargestellt → Dependability ist gegeben
- Es werden aussagekräftige Zitate verwendet → Transferability wurde erreicht
- Credibility ist nicht gewährleistet → es werden keine Triangulationen oder peer debriefings erwähnt. Es werden lediglich Negativfälle („verletzende Unterstützung“) dargestellt.
- Es wird keine Begleitung durch eine externe Person erwähnt, daher ist die Confirmability nicht gewährleistet

Zusammenfassung der Studie:

The Child's Worries about the Mother's Breast Cancer: Sources of Distress in School-Age Children (Zahlis, E.H. 2001)

| Einleitung | Methode | Ergebnisse | Diskussion |
|---|---|--|--|
| <p>Laut der amerikanischen Krebsgesellschaft erkrankten im Jahr 2001 rund 192'000 Frauen an Brustkrebs. Viele davon sind im gebärfähigen Alter und haben folglich ein bis mehrere Kinder im Schulalter zuhause.</p> <p>Demnach sind viele Schulkinder davon betroffen, dass ihre Mutter plötzlich krank ist. Die Forschenden versuchten die Erfahrungen dieser Kinder mit dem mütterlichen Krebs zu verstehen. Jedoch stützte sich die Forschung bis anhin nur auf diese drei Pfeiler: Entwicklungstheorie, die Berichte der Eltern über die Erfahrungen der Kinder und die Berichte der Kinder selbst.</p> <p>Zahlis selbst machte 1998 eine Studie mit 26 Müttern um herauszufinden, was für ihre Kinder in dieser Zeit am schwierigsten war und stellte fest, dass es 4 Phasen gab mit denen sich die Kinder beschäftigten:</p> <p>Echte oder symbolische Separation, zu erwartende Unsicherheit zu Beginn der Behandlung, die Mutter krank oder aufgeregt zu sehen und die Zeichen zu sehen oder an die Krankheit der Mutter erinnert zu werden.</p> <p>Ziel dieser Studie war es, die Beunruhigungen und Stressquellen dieser Schulkinder besser zu verstehen und die Sorgen der Kinder in deren Worten darzustellen.</p> | <p>Ansatz/Design Der Ansatz dieser Studie ist qualitativ-deskriptiv.</p> <p>Stichprobe 26 Mütter, welche Brustkrebs im Frühstadium diagnostiziert bekamen und an einer vorherigen Studie teilgenommen hatten wurden darauf angesprochen, ob ihre Kinder an dieser Studie teilnehmen würden. Kinder im Alter von 8-12 Jahren wurden via Mutter per Brief eingeladen. Anschliessend wurden die Familien von einer Pflegefachperson angerufen, um weitere Erklärungen abzugeben.</p> <p>Gesamthaft wurden 35 Kinder eingeladen, von denen 16 aus 11 verschiedenen Familien der Teilnahme zustimmten (8 Mädchen, 8 Jungen). Es wurden diverse Gründe angegeben, weshalb die anderen Kinder nicht teilnehmen wollten oder konnten. Die Mütter der Kinder waren im Durchschnitt etwa 40 Jahre alt und entweder in einer festen Beziehung oder verheiratet.</p> <p>Datenerhebung Die Kinder wurden bei sich zuhause in einem abgeschirmten Bereich von den Forschenden interviewt. Die Fragen, welche gestellt wurden, werden in der Studie dargelegt. Die Interviews dauerten zwischen 15-45 Minuten und wurden aufgezeichnet. Jeweils eine Woche nach dem Interview wurden die Familien von den</p> | <p>Die Ergebnisse wurden in neun Kategorien eingeteilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sorge, dass ihre Mutter sterben könnte • Sich verwirrt fühlen • Sorge, dass etwas schlechtes passieren könnte • Sorge um die Familie und andere • Sorge, wenn die Mutter nicht gesund aussah • Sorge, dass sich die Mutter verändern könnte • Sorge um finanzielle | <p>Die Resultate zeigten eine neue Ausarbeitung und Erkenntnisse auf, wie der Prozess um die Brustkrebsdiagnose einer Mutter von ihren Kindern erlebt wird.</p> <p>Andere Studien boten bereits Einblick in das Erleben der Kinder. Dieses wurde jedoch von den Müttern dargestellt und interpretiert. Folglich fehlte die Beschreibung des Kindes in dessen eigenen Worten, was es erlebt hatte. Einen scheinbar grossen Eindruck, hat die Frage danach, ob die Mutter sterben würde/könnte auf die Forschenden gemacht, da fast alle Kinder diese Sorge äusserten.</p> <p>Die Kinder versuchten sich ausserdem ein Bild zu machen von dem, was passieren könnte aufgrund der Dinge, die sie beobachteten. Folglich nahmen einige Kinder an, dass jemand, der wiederholt krank wird von der Behandlung, sterben würde.</p> <p>Die Forscher gestehen sich ein, dass die Studie ihre Limitationen hat. So zum Beispiel die kleine Stichprobengruppe. Mit mehr Kindern hätte es vielleicht noch mehr Sorgen-Kategorien gegeben. Die Stichprobe sei ausserdem sehr homogen gewesen mit den Kindern, deren Mütter gut ausgebildet und in festen Beziehungen waren.</p> <p>Es sei weitere Forschung nötig, um Daten von Kindern zu bekommen, welche zeitlich näher an</p> |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>Forschenden kontaktiert um festzustellen, ob das Interview bei den Kindern Stress oder Ähnliches ausgelöst hatte. Es war nichts dergleichen festzustellen.</p> <p>Die Interviews wurden verbatim transkribiert und die Transkripte durch ein zweites Anhören der Aufnahme verifiziert.</p> <p>Datenanalyse</p> <p>Die Inhaltsanalyse der Interviewtranskripte wurde nach der Methode von diversen Forschenden gemacht.</p> <p>Die Transkripte wurden mehrfach durchgelesen, mit der Absicht, die Sorgen der Kinder identifizieren zu können.</p> <p>Die Daten wurden vereinheitlicht, verglichen und nach Strauss & Corbin (1980) kategorisiert.</p> <p>Die Kategorien wurden während dem Analyseprozess untereinander sowie miteinander verglichen.</p> <p>Ethik</p> <p>Es werden keine Statements zum Thema Ethik gemacht.</p> | <p>Notstände</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sorge, mit andern zu sprechen • Sorge, selbst Krebs zu bekommen <p>Diese Ergebnisse werden sehr ausführlich mit vielen Zitaten belegt.</p> | <p>der Diagnose und der Behandlung der Mutter sind, um ein komplettes Bild der Erfahrungen der Kinder machen zu können.</p> <p>Schlussfolgerungen</p> <p>Pflegefachpersonen sind in einer zentralen Position, um Eltern in der Kommunikation mit Schulkindern zu unterstützen. Des Weiteren könnte ein Dokument mit Gesprächstipps ausgearbeitet werden.</p> <p>Folgende Schwerpunkte sollten ausserdem beachtet werden:</p> <p>Eltern sollten annehmen, dass ihre Kinder Sorgen haben und irritiert sind durch die Situation. Auch wenn die Eltern die Fragen der Kinder beantworten, kann nicht angenommen werden, dass das Kind dann nicht mehr irritiert ist. Folglich muss jeweils festgestellt werden, ob das Kind die Erklärung auch verstanden hat.</p> <p>Die Eltern müssen sich ausserdem regelmässig mit den Bewältigungsstrategien der Kinder auseinandersetzen. Auch wenn keine Verwirrung herrscht, kann es dennoch sein, dass Kinder Angst haben.</p> <p>Eltern sollten nicht warten, bis das Kind von sich aus Fragen stellt oder gar bereits Zeichen von Stress oder Verzweiflung zeigt.</p> <p>Es soll mit den Kindern über die Themen gesprochen werden, welche sie beschäftigen und auch aktiv danach gefragt werden. Mit der Verbesserung der Kommunikation über den Krebs können die Eltern den Stress für das Kind reduzieren.</p> |
|--|---|--|--|

Würdigung der Studie:**The Child's Worries about the Mother's Breast Cancer: Sources of Distress in School-Age Children (Zahlis, E.H. 2001)**

| Einleitung | Methode | Ergebnisse | Diskussion |
|---|--|--|---|
| <p>Die Frage nach den Sorgen und Befürchtungen von Schulkindern, wenn bei ihrer Mutter Brustkrebs im Frühstadium diagnostiziert wird, kann als wichtig erachtet werden. Pflegefachpersonen im entsprechenden Setting werden mit diesen Sorgen konfrontiert und müssen auf diese reagieren können.</p> <p>Die Beschreibung des Phänomens ist sehr ausführlich und für die Pflege klar und relevant dargestellt.</p> <p>Das Ziel der Arbeit ist explizit formuliert und das Thema mit verschiedener Literatur eingeführt.</p> <p>Über die Signifikanz der Arbeit wird nicht konkret gesprochen.</p> | <p>Der gewählte Ansatz ist sinnvoll, da es sich um eine qualitative Studie handelt.</p> <p>Die Stichprobenziehung ist für den Ansatz angebracht. Inwiefern die Stichprobe repräsentativ ist, ist fraglich. Denn es wurden nur Mütter über die Studie informiert, welche bereits an einer früheren Erhebung teilgenommen haben. Ausserdem fehlen demographische Angaben zu den Teilnehmenden, um die Übertragbarkeit auf andere Populationen bewerten zu können. Es wird begründet, aus welchen Gründen wie viele der potenziellen Teilnehmenden nicht teilgenommen haben. Die Teilnehmenden und das Setting werden kaum beschrieben.</p> <p>Die Befragten sind als Informantinnen und Informanten geeignet, da sie die entsprechende Situation selbst erleben oder erlebt haben.</p> <p>Bei der Datenerhebung geht es um das menschliche beziehungsweise kindliche Erleben des Phänomens. Die Vorgehensweise ist schlüssig dargestellt, da auch die Fragen aus den Interviews dargelegt werden. Es werden keine Äusserungen zur Datensättigung gemacht.</p> <p>Das methodische Vorgehen stimmt mit dem Ansatz überein und die Methode ist für die Forschungsfrage beziehungsweise das Ziel geeignet.</p> | <p>Die Ergebnisse sind aufgrund einer exakten Analyse entstanden und werden fortlaufend mit Zahlen belegt.</p> <p>Die Ergebnisse werden im Kontext verankert und präzise dargestellt.</p> <p>Das Phänomen wird in einem sehr grossen Rahmen abgedeckt, da zu jeder Kategorie viele Beispiele genannt werden.</p> <p>Die Kategorien sind inhaltlich unterscheidbar und bieten eine plausible Interpretation der Daten. Diese werden auch immer wieder belegt.</p> | <p>Die Sorgen, welche die Kinder haben aufzuzeigen leisten einen grossen Beitrag dazu, die Kinder besser zu verstehen und ihnen auch zu helfen.</p> <p>Die Forschungsfrage kann anhand der 9 Kategorien der Ergebnisse beantwortet werden. Dies jedoch sicher nicht abschliessend.</p> <p>Die Ergebnisse werden mit anderen Forschungsergebnissen verglichen.</p> <p>Die Ergebnisse sind für die Pflegefachpersonen wichtig, da dadurch eine Sensibilisierung gemacht werden kann.</p> <p>Nebst den bereits erwähnten Limitationen kann noch hinterfragt werden, inwiefern die Stichprobe repräsentativ ist, wenn alle befragten Mütter bereits an einer Studie teilgenommen haben. So werden nämlich die Kinder all jener Frauen ausgeschlossen, die keine Studienteilnahme hinter sich haben.</p> <p>Die Schlussfolgerungen bieten Empfehlungen, welche in der Praxis angewendet werden können. Indem man die Eltern bei der Kommunikation unterstützt, kann das Erleben des Kindes beeinflusst werden.</p> <p>Die Schlussfolgerungen spiegeln die Ergebnisse der Studie.</p> |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | Die Vorgehensweise zur Datenanalyse ist genau beschrieben und es werden entsprechende Referenzen gemacht. Die Datenanalyse scheint glaubwürdig und schlüssig, da präzise dargelegt wird, wie gehandelt wurde. Jedoch lässt sich ein decision diary oder ähnliches vermissen. Ethische Fragen werden keine diskutiert. | | |
|--|---|--|--|

Güte / Evidenzlage nach Lincoln und Guba (1985):

- Bestätigung ist nicht erreicht, da keine externe Person zur Überprüfung erwähnt wird.
- Zuverlässigkeit gewährleistet mit regelmässigem Vergleichen der Kategorien.
- Glaubwürdigkeit nicht mittels Triangulation oder peer-debriefing gewährleistet.
- Übertragbarkeit durch Verwendung von vielen Zitaten gesichert. Die Ergebnisse werden detailliert beschrieben, wodurch sie verständlich sind.

Anhang B – Suchprotokoll

| Datum | Datenbank | Suchbegriffe mit Booleschen Operatoren ⇒ ggf. Limits | Treffer ; Anzahl ggf. relevante Studien | Bemerkungen zur Suche |
|--------------|------------------|--|--|--|
| 23.06.2017 | CINAHL | (palliative care OR end of life care) AND family communication ⇒ full text | 67 ; 1 | |
| | CINAHL | (palliative care OR cancer care) AND family communication | 106 | |
| | CINAHL | (palliative care OR cancer care) AND family communication ⇒ full text | 28 | Suchbegriffe müssen konkreter auf die Fragestellung angepasst werden |
| | CINAHL | (family communication OR intervention) AND parent with cancer | 66 | Studien über Eltern mit krebskranken Kindern ⇒ Begriff "parents with cancer" genauer definieren |
| | CINAHL | (family communication OR intervention) AND parental cancer | 7 ; 4 | |
| 28.06.2017 | CINAHL | (emotional support OR therapy) AND (child OR children OR young person) AND parent with cancer ⇒ full text | 31 ; 5 | <ul style="list-style-type: none"> - Psychological distress of cancer patients with children under 18 years and their partners-a longitudinal study of family relationships using dyadic data analysis (Götze et al., 2017) - Conversations in families where one member is terminally ill -- a descriptive study or Supportive discussions in families where one parent has cancer (Elmose, 2011) - My Perspective. When Mom or Dad Have Cancer: Helping Kids Cope (Gutierrez, 2015) - Hispanic adolescents coping with parental cancer (Costas-Muñiz et al., 2012) |

| | | | | |
|----------|--------|---|---------|--|
| | | | | - Journal club. Post-traumatic growth and psychosocial adjustment of daughters of breast cancer survivors (Mosher et al., 2006) |
| | CINAHL | (emotional support OR therapy) AND (child OR children OR young person) AND "parent with cancer" ⇒ full text | 1 | - Conversations in families where one member is terminally ill -- a descriptive study or Supportive discussions in families where one parent has cancer (Elmose, 2011) |
| | PubMed | (emotional support OR therapy) AND (child OR children OR young person) AND "parent with cancer" ⇒ full text, free full text | 2341 | Viel zu viele Studien ⇒ Anpassung der Limits |
| | PubMed | (emotional support OR therapy) AND (child OR children OR young person) AND "parent with cancer" ⇒ full text, free full text, Publication dates: 10 years, Article Type: Clinical Trial, Language: English | 124 ; 1 | - A study protocol for Truce: a pragmatic controlled trial of a seven-week acceptance and commitment therapy program for young people who have a parent with cancer (Patterson et al., 2015) |
| 16.07.17 | CINAHL | oncology AND „parents with cancer“ AND support ⇒ keine Limits gesetzt | 7 ; 2 | - How do Nurses "Think Family" and Support Parents Diagnosed with Cancer Who Have Dependent Children? (Arber et al., 2016) - Children of parents with cancer: a collaborative project between a child psychiatry clinic and an adult oncology clinic (Schmitt et al., 2007) |
| | | Oncology AND "parents with cancer" AND children ⇒ keine Limits | 7 ; 2 | Genau gleiche Treffer wie zuvor |
| | | Support OR caring AND „parents with cancer“ AND children ⇒ keine Limits | 28 ; 3 | - Family life when a parent is diagnosed with cancer: impact of a psychosocial intervention for young children (Semple et al., 2013) |

| | | | | |
|--|----------|--|---|--|
| | | | | <p>- Coping, social relations, and communication: a qualitative exploratory study of children of parents with cancer (Thastum et al., 2008)</p> <p>-P106 Psychosocial Support Program for Children Who Have Parents with Cancer – Program Significance and Problems for Dissemination in Japan (Inada et al., 2016)</p> |
| | PsycInfo | <p>“patients with cancer” OR “parents with cancer” AND support* AND children</p> <p>⇒ full text, english language, 2007-2017</p> | 1718 (ohne Limits), anschliessend 22 ; keine möglichen Studien darunter | |
| | PsycInfo | <p>(child OR children) AND experience AND maternal cancer</p> | 5 ; 2 | <p>- Protecting – A Grounded Theory Study of Younger Children’s Experiences of Coping With Maternal Cancer (Furlong, 2017)</p> <p>- Talking about maternal cancer with young children: A content analysis of text in children’s books (Huang, 2015)</p> |
| | PubMed | <p>((“parent* with cancer”) AND children) AND support*</p> <p>⇒ free full text, clinical trial, 10 years old</p> | 2069 (ohne Limits), anschliessend 36 ; 1 | <p>- A study protocol for Truce: a pragmatic controlled commitment therapy program for young people who have a parent with cancer (Patterson et al., 2015)</p> |
| | PubMed | <p>support* AND child* AND parent* AND cancer</p> <p>⇒ free full text, clinical trial, 10 years old</p> | 36 ; 0 | |
| | MEDLINE | <p>(parent* with cancer and children and support*)</p> <p>⇒ english language, 2007-2017</p> | 33 ; 1 | <p>- The well-being of children impacted by a parent with cancer: an integrative review (Morris et al., 2016)</p> |

| | | | | |
|------------|---|---|---|--|
| 11.01.2018 | CINAHL | (child* OR children OR adolescent) AND (parental cancer OR parent with cancer) AND (experience OR perception) ⇒ 2007-2018, child 6-12 years, English language, major heading: family centered care | 509 (ohne Limits), anschliessend 7 ; 2 | - Children's experiences of participation in a family support program when their parent has incurable cancer (Bugge et al., 2008) - The experiences of mental health professionals using structured family-centered interventions to support children of cancer patients (Niemelä et al. 2010) |
| | | (child* OR children OR adolescent) AND (parental cancer OR parent with cancer) AND (experience OR perception) ⇒ 2007-2018, child 6-12 years, English language, major heading: life experience, coping | 14 ; 2 | - The adolescent's experience when a parent has advanced cancer: A qualitative inquiry (Philipps et al., 2015) - How children live with parental cancer (Kornreich et al., 2008) |
| 14.01.2018 | Schneeballsystem anhand eines Reviews | Review: The well-being of children impacted by a parent with cancer: an integrative review (Morris et al., 2016) | 2 | - Family life when a parent is diagnosed with cancer: impact of a psychosocial intervention for young children (Semple et al., 2013) - Coping skills and mental health status in adolescents when a parent has cancer: a multicenter and ultiperspective Study (Krattenmacher et al., 2013) |
| | Schneeballsystem anhand eines Reviews | Review: School-aged and adolescent children's experience when a parent has non-terminal cancer: a systematic review and meta- synthesis of qualitative studies (Huang et al., 2014) | 3 | - Children's perceived social support after a parent is diagnosed with cancer (Wong et al., 2010) - Information needs of adolescents when a mother is diagnosed with breast cancer (Fitch & Abramson, 2007) - The child's worries about the mother's breast cancer: sources of distress in school-age children (Zahlis, 2001) |

| | | | | |
|------------|---|--|---|---|
| | Schneeballsystem anhand eines Reviews | Review: How does parental cancer affect adolescent and young adult offspring? A systematic review (Walczak et al., 2017) | 1 | - Information and communication when a parent has advanced cancer (Kennedy & Lloyd-Williams, 2009) |
| 15.01.2018 | Schneeballsystem anhand einer Studie | Studie: What Is Helpful to Adolescents Who Have a Parent Diagnosed with Cancer? (Maynard et al., 2013) | 3 | - How do young people find out about their parent's cancer diagnosis: A phenomenological study (Finch & Gibson, 2009) - Information and support needs of adolescent children of women with breast cancer (Kristjanson et al., 2004) - The initial development of an instrument to assess the psychosocial needs and unmet needs of young people who have a parent with cancer: Piloting the offspring cancer needs instrument (OCNI) (Patterson et al., 2011) |
| 18.01.2018 | Schneeballsystem anhand einer Studie | Studie: Supporting children facing a parent's cancer diagnosis. A systematic review of children's psychosocial needs and existing interventions (Ellis, 2016) | 9 | - 'Until it ends, you never know...': Attending to the voice of adolescents who are facing the likely death of a parent (Chowns et al., 2013) - Parents dying of cancer and their children (Estela et al., 2004) - The Enhancing Connections Program: A Six-State Randomized Clinical Trial of a Cancer Parenting Program (Lewis et al., 2015) - A culturally adapted family intervention for African American families coping with parental cancer: outcomes of a pilot study (Davey et al., 2013) - Evaluation of a Preventive Intervention for Bereaved Children (Christ et al., 2008) |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | <ul style="list-style-type: none">- The prevalence of children affected by parental cancer and their use of specialized psychiatric services: The 1987 Finnish Birth Cohort study (Niemelä et al., 2012)- Breast cancer in the family – children’s perceptions of their mother’s cancer and its initial treatment: qualitative study (Forrest et al., 2006)- Children’s needs when facing the death of a parent from cancer: part one / two (MacPherson et al., 2007) |
|--|--|--|--|---|